

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



ENFERMAGEM MILITAR: CONSIDERAÇÕES DE ORDEM ÉTICA
SOBRE O SEU ESTATUTO E AS SUAS CARACTERÍSTICAS

Paula Alexandra Carneiro Lima

MESTRADO EM BIOÉTICA

2007

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA



ENFERMAGEM MILITAR: CONSIDERAÇÕES DE ORDEM ÉTICA
SOBRE O SEU ESTATUTO E AS SUAS CARACTERÍSTICAS

Paula Alexandra Carneiro Lima

Reconheço a responsabilidade dos conteúdos apresentados e a exclusão da
responsabilidade da Faculdade de Medicina de Lisboa

MESTRADO EM BIOÉTICA

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Alexandre Laureano Santos

2007

“Ser enfermeiro é uma arte, pois a nossa obra é o “cuidar” e como todas as artes devemos fazê-lo com gosto e motivação, para cada vez mais fazermos desta profissão nobre um exemplo de excelência”.

Nuno Nogueira (2006)

A impressão desta dissertação foi aprovada pela comissão coordenadora do conselho científico da Universidade de Lisboa em reunião de 26 de Junho de 2007.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo seu carinho e dedicação incondicional.

Ao Professor Laureano Santos, que fez nascer a ideia desta dissertação.

Aos meus colegas, civis e militares, fontes de inspiração deste trabalho.

SIGLAS

EMFAR – Estatuto dos Militares das Forças Armadas

HRTS – Hospital Real de Todos os Santos

LDNFA – Lei da Defesa Nacional e das Forças Armadas

LOBOFA – Lei Orgânica de Bases da Organização das Forças Armadas

REPE – Regulamento do Exercício da Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ABREVIATURAS

Dec.-Lei – Decreto-Lei

n. – número

p. – página

RESUMO

A profissão de enfermagem tem como essência e especificidade a prestação de cuidados específicos ao ser humano nos domínios da saúde. Há princípios de ordem moral que tradicionalmente e desde o seu início orientam o exercício desta actividade, os quais têm o seu fundamento no conceito da dignidade das mulheres e dos homens aos quais se destinam. O cuidar em enfermagem exerce-se nos mais variados cenários, em tempo de guerra e em tempo de paz. A enfermagem militar reveste-se de especial interesse pelos contextos em que os enfermeiros exercem as suas actividades, pelos condicionalismos próprios da sua condição militar, pela disciplina a que estão sujeitos e pela natureza das próprias missões que lhes são cometidas. As suas actividades são pouco conhecidas e divulgadas fora dos meios militares. Colocam-se, por outro lado, algumas questões de ordem ética no desempenho profissional com restrições dos direitos próprios, das quais apenas tive a percepção quando iniciei as minhas actividades num hospital militar. Este trabalho académico pretende ser uma reflexão sobre as condições do exercício das actividades de enfermagem em meio militar, assente na experiência pessoal de ser enfermeira num hospital militar.

Este trabalho envolve duas partes conexas embora distintas. Numa primeira parte, assente em revisão teórica e em investigação bibliográfica, refiro-me a elementos históricos e a alguns aspectos dos estatutos ético, jurídico, deontológico e disciplinar do exercício da enfermagem militar no nosso país. A segunda parte do trabalho consiste na tentativa de avaliação do estatuto e das

condições do exercício da sua actividade por enfermeiros em meio castrense, bem como no modo como a condição militar eventualmente poderá condicionar a profissão de enfermeiro. Utilizei um questionário estruturado de características mistas como instrumento de colheita dos dados aplicado a uma amostra de conveniência de quarenta e quatro enfermeiros (onze civis e trinta e três militares) do Hospital da Força Aérea Portuguesa.

Através das respostas obtidas pude concluir que os enfermeiros militares sentem comprometido o seu desempenho ético e a sua autonomia profissional relativamente aos seus colegas civis. Julgam também ter obrigações e um estatuto diferente. Metade dos inquiridos considera que os enfermeiros militares se sentem honrados com a missão especial que cumprem e admitem que se sentem “*nem bem nem mal na própria pele*”. Consideram que o enquadramento militar pode condicionar o seu desempenho positivamente e negativamente, permitindo o seu enriquecimento profissional e a sua formação, valorizando-os pessoal e socialmente e atribuindo-lhes uma dupla profissão. As condições actuais do exercício da sua actividade com escassas possibilidades de desenvolvimento e de progressão na carreira, aliadas a uma remuneração baixa e à hierarquização militar da sua actividade de enfermeiros, conduzem à sua desmotivação pessoal. Admitem que a sua actividade profissional é ignorada e quase desconhecida pelo próprio mundo da enfermagem.

ABSTRACT

The nursing profession has the availability of specific cares to the human being in the health domain as its purpose and specific characteristic. There are some moral principles which traditionally direct the practice of this activity. These principles have their basis on the concept of women and men dignity to which they are target at. The “take care of” in nursing is practiced in the most various scenes, in moments of war and peace. The military nursing has a special interest due to the contexts in which the nurses practice their activities, the limitations of their military condition, the military discipline to which they are submitted, and the nature of the missions that are conferred to them. Their activities aren’t well know nor well disseminated out of the military context. On the other side, there are some ethic issues in the professional performance with restrictions of the personal rights. I only had the perception of these restrictions when I had initiated my activities in a military hospital. This academic work aims to be a reflection about the conditions of the practice of nursing activities in military context, based on the personal experience of being a nurse in a military hospital.

This work involves two complementary but distinctive parts. On a first phase, based on theoretical revision and bibliographic research, there are mentioned historical elements and some aspects of the ethic, juridical, deontological and disciplinary status of the military nursing practice in our country. The second phase of the work consists of the attempt to evaluate the status and practice activity conditions by nurses in military context; this phase

also approaches the way as the military condition eventually may limit the nursing profession. I have used a structured questionnaire of mix characteristics, as a tool of collecting the data, applied to a convenient sample of forty four nurses (eleven civilians and thirty three militaries) of the Portuguese Air Force Hospital.

Through the answers obtained in the questionnaires, I have concluded that the military nurses feel that their ethical performance and their professional autonomy may be questioned, comparing to their civilian colleagues. The military nurses think also having different obligations and status. Half of the inquiries consider that the military nurses feel honoured with the special mission they fulfil and they admit feeling “indifferent to their condition”. They consider that the military context may limit positively and negatively their performance, allowing their professional improvement and their formation, valuing them on the personal and social field, and giving them a double profession. The actual conditions of their activity practice with short possibilities of career development and progression, associated to a low salary and to a military hierarchy of their activity, conduct to a decrease of their personal motivation. The military nurses admit that their professional activity is ignored and almost unknown by the nursing world.

Palavras-chave: Enfermagem civil, Enfermagem militar, Condição militar, Condições do exercício e Ética.

Key-words: Civilian nursing, Military nursing, Military condition, Practice activity conditions and Ethic.

SUMÁRIO

	p.
<u>I PARTE: ENFERMAGEM MILITAR – CONSIDERAÇÕES DE ORDEM HISTÓRICA E DE ORDEM ÉTICA SOBRE O SEU EXERCÍCIO</u>	
<u>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO</u>	20
<u>CAPÍTULO II – HISTÓRIA DA ENFERMAGEM</u>	26
1- A ENFERMAGEM NO CRISTIANISMO.....	27
2- A ENFERMAGEM EM PORTUGAL.....	31
<u>CAPÍTULO III – HISTÓRIA DA ENFERMAGEM MILITAR</u>	59
1- EXÉRCITO.....	61
2- ARMADA.....	66
3- FORÇA AÉREA.....	72
<u>CAPÍTULO IV – A ENFERMAGEM MILITAR EM PORTUGAL</u>	75
<u>CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES DE ORDEM ÉTICA SOBRE O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM MILITAR</u>	81
<u>II PARTE: ENFERMAGEM MILITAR – TENTATIVA DE AVALIAÇÃO DO SEU EXERCÍCIO</u>	
<u>CAPÍTULO VI – INTRODUÇÃO</u>	106
<u>CAPÍTULO VII – METODOLOGIA</u>	109

<u>CAPÍTULO VIII – RESULTADOS</u>	112
<u>CAPÍTULO IX- COMENTÁRIOS</u>	136
<u>CAPÍTULO X – CONCLUSÕES FINAIS</u>	143
<u>CAPÍTULO X – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	147

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Estrutura hierárquica da carreira de enfermagem.....	86
Figura 2 – Estrutura hierárquica da carreira militar.....	89

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Ingresso de recém-formado em enfermagem na carreira de enfermagem.....	92
Quadro 2 – Ingresso de recém-formado em enfermagem na carreira militar.....	93
Quadro 3 – Ingresso na carreira militar na categoria de sargento.....	95
Quadro 4 – Existências de pessoal de enfermagem em 2006.....	106
Quadro 5 – Estatística descritiva da idade dos inquiridos.....	115
Quadro 6 – Análise das respostas englobadas na categoria “condiciona positivamente”.....	130
Quadro 7 – Análise das respostas englobadas na categoria “condiciona negativamente”.....	133
Quadro 8 – Análise das respostas englobadas na categoria “não condiciona”.....	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I – Distribuição dos inquiridos por sexo.....	111
Tabela II – Distribuição dos inquiridos por profissão.....	112
Tabela III – Distribuição dos inquiridos por profissão e sexo.....	113
Tabela IV – Distribuição dos inquiridos por idade.....	114
Tabela V – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”....	116
Tabela VI – Distribuição das respostas à pergunta: “A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”.....	117
Tabela VII – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”....	119
Tabela VIII – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”.....	120
Tabela IX – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”.....	122
Tabela X – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”.....	123
Tabela XI – Distribuição das respostas à pergunta: “E honram-se com isso?”.....	125

Tabela XII – Distribuição das respostas à pergunta: “Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”.....	126
---	-----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por sexo.....	111
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por profissão.....	112
Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por profissão e sexo.....	113
Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por idade.....	114
Gráfico 5 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”....	116
Gráfico 6 – Distribuição das respostas à pergunta: “A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”.....	118
Gráfico 7 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”.....	119
Gráfico 8 – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”.....	121
Gráfico 9 – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”.....	122
Gráfico 10 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”.....	124
Gráfico 11 – Distribuição das respostas à pergunta: “E honram-se com isso?”.....	125
Gráfico 12 – Distribuição das respostas à pergunta: “Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”.....	127

I PARTE

**ENFERMAGEM MILITAR:
CONSIDERAÇÕES DE ORDEM HISTÓRICA
E DE
ORDEM ÉTICA SOBRE O SEU ESTATUTO**

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Desde pequena que senti apelo pelos problemas da saúde, pelo que era frequente encontraram-me a auscultar e a “dar injeções” nas minhas bonecas preferidas. Por isso, foi sem surpresa que optei por uma das profissões da saúde: ser enfermeira. Devo confessar, no entanto, que ingressei no curso de enfermagem, sem saber muito bem o que era ser enfermeira. Mas, o tempo ensinou-me a gostar da missão que assumi, quando em Agosto de 1997 recebi o diploma na Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, que me habilitava a concretizar um sonho que abarquei durante três (longos e intensos) anos. Finalmente era enfermeira, ou seja, era um

“(...) profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária” (REPE, 1996, artigo 4.º, n.º 3).

Dotada (aparentemente) de todas essas competências ingressei no mesmo mês, no serviço de especialidades médicas do Hospital Garcia de Orta. Hoje, ao recordar esse momento, sei que não estava preparada para o exercício num ambiente tão penoso, como aquele que encontrei. Tinha vinte e um anos e não estava preparada para no meu segundo dia de trabalho ver alguém morrer, enquanto suplicava que impedissem que tal acontecesse. Nesse mesmo dia, percebi que afinal não era possível salvar as pessoas duma morte eminente, como talvez muitas vezes acreditei durante o tempo que frequentei o curso de enfermagem.

Optei por iniciar a minha actividade profissional num hospital, pois as competências técnicas dominavam as minhas preocupações de aprendizagem. Com o advento e aperfeiçoamento da técnica e citando COLLIÉRE (1999, p. 125) “os cuidados aos doentes passam a ser “a técnica” e depois, os “cuidados técnicos””. Como qualquer outro dos meus colegas recém-formados sentia a necessidade de melhorar os meus conhecimentos técnicos, de saber-fazer, bem e com destreza. Quase me atrevo a dizer que fomos conduzidos a ser uma geração de enfermeiros tecnicistas.

Mas, em pouco tempo percebi que havia realidades mais importantes que o domínio da técnica, pois pode-se não conseguir puncionar um doente na primeira tentativa, mas temos sempre uma segunda oportunidade. Essa segunda oportunidade não existe na relação com o doente e com a família, nem podemos chamar um colega para nos substituir e por isso, sentia-me muitas vezes emudecer perante a dor e a angústia que me rodeava, sem muitas vezes saber o que dizer e o que fazer.

O serviço de especialidades médicas onde iniciei a minha actividade englobava três especialidades médicas: Nefrologia, Infecciologia e Gastroenterologia. Das três áreas médicas, a Infecciologia foi sem dúvida a que maior inquietação me suscitou, não pelo receio de prestar cuidados a pessoas com doença infecciosa, mas por toda a envolvente associada. Os doentes eram na sua maioria jovens, toxicodependentes, infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, pouco empenhados na melhoria da sua saúde e extremamente indisciplinados.

Mas, foi principalmente ao cuidar destes doentes, englobada numa equipa multidisciplinar que surgiram problemas éticos para os quais procurei encontrar respostas. No dia-a-dia era confrontada com diversas situações que aparentemente não reuniam consenso entre os membros da equipa de saúde. Por exemplo, o que fazer quando se sabe que um doente está infectado pelo vírus da imunodeficiência humana, ou qual a atitude a tomar perante um doente pouco cumpridor na toma da medicação anti-retroviral. Outras situações eram também frequentes como a recusa dos doentes em permanecer internados quando em fase activa da tuberculose pulmonar. Todas estas situações eram vivenciadas diariamente, sem no entanto, estarem definidas as formas de actuar e não existir consenso entre os profissionais implicados, acabando por no final a decisão caber exclusivamente ao médico assistente do doente. Mas, eu não me desejava sentir excluída dessa tomada de decisão, pelo que procurei encontrar as respostas para estas questões, que tanta necessidade sentia em esclarecer.

Ao realizar o complemento de formação em enfermagem, que iniciei em Março de 2002, na Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo, fui “obrigada” a reflectir sobre o exercício da minha prática profissional, com ênfase na componente ética, pois constituía um dos principais objectivos do curso. A prática apenas pode ser modificada e melhorada, quando reflectida, mas nem sempre se dispõe de tempo para parar e fazê-lo. Quando terminei o complemento de formação em enfermagem senti a necessidade de continuar a procurar respostas para as minhas preocupações de ordem ética, pelo que me candidatei ao V curso de mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde acabei por ingressar em Maio de 2003. Quase em simultâneo iniciei funções no Hospital da Força Aérea, através de concurso interno da função pública, pelo que cessei funções no Hospital Garcia de Orta.

A realidade da enfermagem em contexto militar era um mundo totalmente desconhecido para mim, embora tivesse trabalhado lado a lado com enfermeiros militares, mas em ambiente “civil”. Sabia que eram responsáveis pelas unidades de saúde dos navios, onde eram colocados e encarregados por toda a tripulação, pois eram os únicos profissionais de saúde a bordo; que participavam em missões humanitárias nas diferentes regiões do mundo, onde prestavam cuidados de saúde às populações locais e aos militares que integravam as missões. Já tinha ouvido algumas das suas histórias de “guerra e paz”, mas nunca seria capaz de imaginar através delas o que era trabalhar num hospital militar. Infelizmente, a actividade dos enfermeiros militares portugueses é pouco conhecida, pelo próprio “mundo” da enfermagem, pelo que apenas se percebe a sua especificidade, quando se contacta directamente com o pequeno e restrito universo dos hospitais militares.

Quando ingressei no Hospital da Força Aérea deparei-me com uma realidade completamente nova para mim. A diferença começava pela localização do hospital, que inserido numa unidade militar obriga ao cumprimento de normas relativamente à identificação pessoal. Totalmente desconhecido era o facto de os militares terem um posto, de que faz parte a sua identificação pessoal, pois não sabia atribuir significância aos galões e às divisas. Fui portanto obrigada a integrar-me na linguagem “militar” e a compreender a cultura da própria instituição, pois as relações formais entre as pessoas, em particular os militares obedecem a determinadas regras. Enquanto que no hospital “comum” os serviços de saúde estão agrupados por patologia médica, como por exemplo a medicina, a cirurgia, ou outras valências, no hospital militar os serviços estão agrupados por especialidades e por posto militar. A outra diferença com que me deparei foi a natureza dos utentes dos hospital, que abarcava um pequeno e restrito grupo de utentes, pois o objectivo principal era prestar cuidados de saúde globais a

militares e familiares das Forças Armadas. Embora o hospital possuísse protocolos com outras instituições de saúde, os militares constituem o principal grupo de utentes. Por tudo isto foi intimidante o ingresso neste contexto de trabalho, pois as realidades anteriormente experimentadas e vividas por mim eram bastante diferentes, pois o hospital militar tem uma cultura própria e diferente das suas congéneres “civis”.

Integrei a equipa de enfermagem do serviço de medicina, constituída por civis e militares, mas ao contrário da realidade comum, maioritariamente composta por elementos do sexo masculino. A partir desse momento fui percebendo as diferenças entre mim e os meus colegas militares. Ao início eram pequenas coisas, mas com o tempo percebi que pelo facto de serem enfermeiros e militares as nossas funções eram em muitos aspectos diferentes.

O regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (1996, artigo 4.º, n.º 1) define enfermagem como

“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Normalmente, os enfermeiros optam por exercer a sua actividade em determinado contexto, ou seja, trabalhar numa unidade hospitalar ou num centro de saúde, preferindo dirigir o seu exercício para uma determinada área de cuidados. Eu por exemplo, nos dez anos de exercício optei por trabalhar na vertente curativa e reparadora. Essa foi uma das principais diferenças por mim identificada, pois os meus colegas militares obrigatoriamente tinham de estar

habilitados para prestar cuidados em qualquer contexto. Se num dia prestavam cuidados em meio hospitalar, no dia seguinte poderiam ser deslocados para uma evacuação aérea ou integrarem a equipa do centro de saúde duma base aérea, ou ainda integrarem uma missão de paz ou humanitária em que o país participe. Por isso, a incerteza e a mobilidade são uma constante no exercício da enfermagem militar, derivado da especificidade das suas funções.

O contacto e a vivência com esta realidade tão pouco conhecida motivaram-me para a realização deste trabalho académico, apoiado na minha actividade como enfermeira no Hospital da Força Aérea. Dada a escassez de trabalhos neste domínio, pareceu-me ser um contributo útil à instituição onde exerço a minha actividade profissional e um modo de divulgar o trabalho dos enfermeiros militares. A dissertação compreende duas partes. Na primeira parte estão incluídas considerações de ordem histórica e de ordem ética sobre o estatuto da enfermagem militar. Incluem-se apreciações sobre a condição militar e a prática da enfermagem, a comparação entre o estatuto dos enfermeiros civis e enfermeiros militares e as principais questões de ordem ética relativas à sua actividade. A segunda parte inclui um estudo elaborado a partir das respostas dos enfermeiros militares e civis do Hospital da Força Aérea, reunidas através da realização dum questionário sobre questões de ética dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO II – HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem surgiu decorrente do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde ao longo dos períodos históricos. A compreensão da sua história exige a análise da história da mulher que prestava os cuidados e da sua evolução. Como refere COLLIÉRE (1999, p. 35)

“é a história das práticas de cuidados vividas e transmitidas pelas mulheres e depois condenadas, reprovadas pela Igreja, que dá conta, das origens até aos nossos dias, do processo de identificação da prática de cuidados exercida pelas mulheres no meio hospitalar não psiquiátrico, bem como nos dispensários de aldeias e bairros, até se chamarem, hoje em dia, "cuidados de enfermagem".

Inicialmente restringida à família, as mulheres cuidavam dos filhos, dos maridos, dos moribundos, dos feridos, dos velhos, enquanto que ajudavam outros a nascer. Isto porque

"desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso "tomar conta" da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um acto de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, do grupo, morte da espécie" (COLLIÉRE, 1999, p. 27).

As mulheres, ao dominarem as experiências ligadas ao nascimento e à morte, os acontecimentos de maior importância na existência humana, e ao compreenderem as virtudes profiláticas das plantas, tornam-se o único médico do povo. O seu conhecimento funda-se na experiência vivida pelo seu próprio corpo;

daí o nome de "matrona"--» a que foi mãe ao dar à luz e que depois será reconhecida por ajudar outras mulheres a fazê-lo e iniciá-las a cuidar das crianças (COLLIÉRE, 1999, p. 47).

Os cuidados ao corpo ferido foram predominantemente assunto dos homens, incitando-os a descobrir o corpo por dentro, a ousar explorá-lo, levando-os a desenvolver uma técnica cada vez precisa, que virá a ser a dos ferreiros, dos barbeiros e dos cirurgiões. Os cuidados em que se torna necessário o exercício da força física, como no tratamento das luxações das articulações, na redução de fracturas, no domínio físico dos agitados, das pessoas em estado de delírio, de loucura, de embriaguez, serão prestados igualmente pelos homens (COLLIÉRE, 1999, p. 33). Usando as palavras de COLLIÉRE (1999, p. 29) *"cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação"*. Representa um conjunto de actos cuja finalidade é manter a vida dos seres humanos, de modo a que se possam reproduzir e perpetuar a espécie. Inquestionavelmente, este foi e será o fundamento de todos os cuidados nos domínios da saúde.

1- A ENFERMAGEM NO CRISTIANISMO

O hospital moderno e actual tem as suas raízes provavelmente na Antiguidade Clássica Greco-Romana, berço da civilização europeia. Na Grécia antiga, por volta de V a.C. existiam santuários dedicados a Asclépio, herói homérico, considerado o semideus da medicina. Os romanos não tinham grande consideração pela medicina, tanto que a sua prática era exercida por escravos, e a

partir de 219 a.C. passou a ser responsabilidade dos médicos gregos (GRAÇA, 2000, p. 106).

Os romanos construíram os seus hospitais: militares e os valetudinaria, destinados os últimos aos escravos e gladiadores, por critérios fundamentalmente de ordem económica, pois era necessário tratá-los porque eram caros e necessários (SANTOS, 1994, p. 12). Em pleno Império Romano surge o Cristianismo, e assim se marca definitivamente a história da enfermagem. Fabíola, mulher da alta sociedade romana convertida ao cristianismo, é reconhecida como a mãe da prática dos cuidados transmitidos pelas mulheres nos países de tradição católica, pelo que se presume que antes do cristianismo as mulheres não teriam qualquer actividade de prestação de cuidados. Ela transformou os seus palácios em hospitais para os doentes e em asilos para os infelizes (COLLIÉRE, 1999, p. 40).

No século III, nos mosteiros do Oriente, eram assistidos os monges e o povo que a eles acorria, pelos monges enfermeiros, sendo que em casos de maior gravidade se chamavam os médicos, pagos pela economia do mosteiro.

O hospital, enquanto instituição que presta cuidados de saúde com uma técnica e organização diferenciada, foi desenvolvido principalmente pelos bizantinos e posteriormente pelos árabes. O hospital bizantino estava organizado por serviços, agrupados em função do sexo e patologia, e possuíam regulamento próprio e pessoal médico e de apoio (ROSEN, citado por GRAÇA, 2000, p. 106). O primeiro hospital conhecido data do século IV, na cidade de Cesareia, onde em 369, um bispo teria mandado construir um hospital, nas margens orientais do Mediterrâneo, hoje actual Turquia.

No Ocidente, destacam-se os mosteiros beneditinos, onde monges e clérigos se dedicavam ao estudo dos clássicos e acção dos fármacos, não descurando a acção divina e dos santos, na prática da medicina cristã. Os monges beneditinos, além do tratamento dos doentes e do cultivo das plantas medicinais, dedicaram-se à cópia dos escritos antigos, em particular gregos, onde se encontravam as principais obras de medicina (SANTOS, 1994, p. 20). Durante muitos anos a prática desta nova medicina será exclusiva dos homens da Igreja.

O hospital é uma obra da cristandade da Alta Idade Média. A palavra hospital, etimologicamente provém do baixo latim *hospitale*, que significa lugar onde se recebem pessoas que necessitam da prestação de cuidados ou de alojamento (GRAÇA, 2000, p. 144). Citando SANTOS (1994, p. 13) *“o dever cristão de praticar a caridade, o amor ao próximo, curando os doentes, socorrendo os pobres e oprimidos de todas as naturezas, foi ponto central da pregação e exemplo de Jesus Cristo e impunha-se não apenas à classe eclesiástica mas a todo e qualquer membro da nova e dinâmica religião”*. Do século V ao século XIII, a pouco e pouco, sob a influência da Igreja começou a afirmar-se e, depois a instalar-se, uma nova concepção dos cuidados que nega a inter-relação corpo-espírito, dando a primazia ao espírito e repelindo o corpo impuro, fonte de fornicação e de malefício. Para se libertar, o corpo deveria conhecer o sofrimento e a dor. Era a Igreja que decidia o que é bom ou mau para a alma e para o corpo (doente), definia quais os conhecimentos necessários para o tratar e sendo o corpo um objecto secundário dos cuidados, limitava as práticas de higiene (COLLIÉRE, 1999, p. 54).

Na segunda metade do século XI os turcos, convertidos ao Islamismo, conquistaram a Cidade Santa- Jerusalém, onde ergueram as suas mesquitas e

iniciaram a perseguição aos peregrinos cristãos. Por ordem do Papa Urbano II, iniciou-se um movimento militar cristão europeu com vista à reconquista de Jerusalém, dando início às cruzadas (SANTOS, 1994, p. 22). Este movimento foi de vital importância para a história da enfermagem, pois a ele estiveram associados o nascimento das ordens militares de enfermagem: a Ordem de São Lázaro, a Ordem dos Cavaleiros Teutónicos e a Ordem dos Cavaleiros Hospitalários de São João de Jerusalém, que mais tarde se passou a chamar de Ordem dos Cavaleiros de Rodes e finalmente Ordem dos Cavaleiros de Malta.

Assim, em 1070, sob o patrocínio de São João, foi fundado no bairro cristão de Jerusalém um hospital-hospício para doentes e peregrinos, dando origem à Ordem dos Cavaleiros Hospitalários de São João de Jerusalém, composta por cruzados pertencentes à nobreza da época, que optaram largar as armas para auxiliar no trabalho de enfermagem no hospital. Em 1099, aquando da ocupação de Jerusalém, os cavaleiros cruzados aderiram a esta ordem, que mais tarde se transformaria em ordem simultaneamente hospitalar e militar, dividindo-se os seus membros em três classes: freires cavaleiros, capelães conventuais, religiosos de ordens sacras e os serventes de armas. O tratamento dos enfermos e a administração dos sacramentos eram responsabilidade dos religiosos de ordens sacras. Como a guerra contra os muçulmanos alastrava, os Hospitalários foram forçados a ser evacuados para São João de Acre. Nos fins do século XIII deslocaram-se para Chipre e em pleno século XIV para Rodes, onde permaneceram até 1522. Posteriormente foram evacuados para Malta, onde, com a formação duma marinha de guerra, conseguiram manter o inimigo turco à distância. Em 1571 contribuíram notavelmente para o declínio do poder muçulmano no Mediterrâneo (GUSMÃO et al., 2002, p. 4).

De salientar, pela sua importância, duas ordens não militares: Ordem de São Francisco e Ordem de São Domingos. Os seus princípios assentavam na pobreza voluntária, a obediência e a dedicação aos pobres e doentes. A Ordem de São Francisco possuía três sub-ordens: os frades menores que assistiam os homens, as clarissas pobres e os terciários, que assistiam homens e mulheres laicos (SANTOS, 1994, p. 25).

No Ocidente, o desenvolvimento dos hospitais processou-se lentamente, sendo de destacar o papel das ordens monásticas. Na Alta Idade Média cada mosteiro possuía uma enfermaria destinada ao tratamento dos monges e noviços, um irmão enfermeiro responsável pela prestação de cuidados básicos aos doentes e uma farmácia (GRAÇA, 2000, p. 106).

2- A ENFERMAGEM EM PORTUGAL

A história da Enfermagem em Portugal tem sido objecto de escassa atenção, sobressaindo um ou outro estudo nos últimos anos (NUNES, 2003, p. 18). A bibliografia existente sobre a sua evolução é praticamente inexistente até ao século XIX. No entanto, é seguro afirmar-se que desde a fundação da nacionalidade até à fundação do Hospital Real de Todos os Santos, a enfermagem foi motivada por um sentimento religioso, baseado na prática da caridade cristã na qual o tratamento dos enfermos assumia enorme importância.

A prestação de cuidados básicos aos doentes era assegurada na sua maioria, por ordens religiosas e militares, assim como por confrarias e irmandades, que na história aparecem designados por enfermeiros maiores e

pequenos, irmãos e irmãs, hospitaleiros e hospitaleiras, religiosos e religiosas, enfermeiras servas ou simplesmente mulheres (GRAÇA E HENRIQUES, 2004, p. 64).

As cruzadas e as peregrinações terão sido as principais impulsionadoras do desenvolvimento das instituições assistenciais, em particular o caso das albergarias e hospitais. As cruzadas permitiram aos príncipes e cavaleiros cristãos ocidentais o contacto mais próximo com os hospitais e leprosarias desenvolvidas pela civilização bizantina, tendo surgido neste período ordens militares que se dedicaram à organização e manutenção destas instituições situadas na rota das cruzadas (GRAÇA, 2000, p. 106).

Na época das cruzadas, por volta de 1189 teriam vindo para Portugal os eremitas de Santa Maria de Rocamador, tendo-lhes sido doada a vila de Sousa, em Aveiro, por D. Sancho. Prestavam cuidados de enfermagem e eram responsáveis pela administração dos estabelecimentos hospitalares por onde exerciam a sua actividade (FERREIRA, citado por GRAÇA; HENRIQUES, 2004, p. 64). Pensa-se que esta tenha sido a primeira ordem de enfermeiros estabelecida em Portugal, que acabaria por ser extinta em 1459, por D. Afonso V, por descuramento das suas funções de administração, tendo sido substituídos pelos cónegos de São João Evangelista ou congregação dos Lóios, nascida no final da Idade Média (ou no limiar do século XV). Entre 1427 e o final do século XV fundaram seis conventos nas dioceses de Braga, Évora, Lamego, Lisboa e Porto, assumindo um papel importante na área assistencial e usufruindo da ampla protecção do poder régio. Exerciam as funções de assistência e administração hospitalar e o ofício de cristaleiros, competindo-lhes a administração de clisteres, pelo que eram alcunhados de seringas (GRAÇA; HENRIQUES, 2004, p. 65)

Admite-se que a Ordem dos Religiosos de Santo Antão ou dos Antoninos tenha chegado a Portugal com os cruzados. Dedicavam-se ao tratamento do “fogo de Santo Antão”, que na época se confundia com certas formas de lepra, pelo que se dedicavam ao tratamento dos leprosos (SANTOS, 1994, p. 30).

No século XII, a Ordem de Cister instalou-se no país e tornou-se a ordem religiosa mais importante nos primeiros séculos da nacionalidade. Dos numerosos mosteiros que possuiu destaca-se o de Alcobaça, fundado por D. Afonso Henriques, onde criaram um grande hospital que assistia os pobres da abrigada do mosteiro, assim como os doentes necessitados de todo o reino que precisassem de auxílio (SANTOS, 1994, p. 32).

A Ordem dos Franciscanos e a Ordem de S. Domingos entraram em Portugal no século treze; dedicavam-se principalmente ao tratamento dos doentes e ambas fundaram as Ordens Terceiras, responsáveis pela fundação de hospitais, que ainda hoje funcionam (SANTOS, 1994, p. 33).

Os Hospitalários instalaram-se em Portugal no início do século XII, tendo-se apenas organizado em ordem de cavalaria no último quartel do mesmo século. Desempenharam um papel de destaque na Reconquista, a partir do reinado de D. Sancho I. Cerca de 1340, no reinado de D. Afonso IV, o prior do Hospital passou a ser denominado de prior do Crato, pelo facto da ordem estar sedeadada nesta localidade alentejana (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 65).

Em finais do século XII, as instituições de saúde que se criaram ao longo da Idade Média foram controladas pelo poder religioso e sujeitas na sua maioria à tutela da Igreja e ao direito canónico. E por isso “*no hospital medieval, tanto o*

pessoal como os doentes eram obrigados a participar num minucioso programa diário de serviços religiosos. Até à Revolução Francesa, o doente foi obrigado a receber os sacramentos e a participar nos ofícios religiosos, sob pena de recusa de admissão ou de expulsão” (STEUDLER; ROCHAIX, citado por GRAÇA, 2000, p. 106).

Na Idade Média, em Portugal existirão quatro tipos de estabelecimentos de saúde, inspirados na influência bizantina, no monaquismo e nas cruzadas: as albergarias, os hospitais, as gafarias e as mercearias (GRAÇA, 2000, p. 106). As albergarias, na sua origem, foram criadas com o intuito de prestar assistência aos peregrinos e viajantes, mas servindo também de abrigo aos doentes e mendigos. Eram suportadas pelas ordens religiosas e militares, situando-se na sua maioria junto a mosteiros e igrejas, povoações e estradas mais importantes. Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998, p. 13) *"(...) os primeiros estabelecimentos com disposição para acolherem doentes foram as albergarias, na sua maior parte situadas junto aos conventos, fundadas por religiosos, damas abastadas e alguns nobres".* A fundação das primeiras albergarias reporta ao tempo do Condado Portucalense; e dever-se-ão a D. Teresa, criadas com o objectivo de prestar assistência aos pobres, pois as classes sociais mais elevadas eram tratadas no seu domicílio. Com a redução das peregrinações as albergarias converter-se-ão em hospitais, para o acolhimento de doentes pobres (BASTOS citado por GRAÇA, 2000, p. 71). Os hospitais destinavam-se aos pobres e doentes, visando a sua cura. As gafarias, também designadas por leprosarias, destinavam-se principalmente ao internamento dos leprosos. As mercearias acolhiam as pessoas da nobreza “empobrecida”, caídas na pobreza, e geralmente idosas, funcionando habitualmente junto a capelas. Em contrapartida da assistência prestada, os

merceeiros tinham a obrigatoriedade de assistir diariamente a uma missa e rezar pela alma dos seus patronos (GRAÇA, 2000, p. 71).

A assistência de saúde prestada aos doentes e pobres era considerada uma virtude cristã e uma manifestação da compaixão de Deus, pois a vontade divina era a causa das enfermidades, pelo que não se distinguia o cuidar do corpo, do cuidar da alma. O hospital cristão medieval estruturava-se como a casa de Deus, pois a sua missão era principalmente a salvação da alma, e secundariamente a cura da doença. Assim, em Portugal

“(...) os hospitais e estabelecimentos similares que vão proliferando por todo o território, são uma criação da caridade cristã e uma pia causa, estando por isso sujeitos, na sua maior parte, à tutela da Igreja e sendo, em geral, administrados por homens da Igreja, o grupo social mais letrado da sociedade portuguesa, se não mesmo o único até à Renascença, para além dos judeus” (GRAÇA, 2000, p. 71).

Os médicos eram uma raridade na época e provinham principalmente das escolas árabes da Europa, Próximo Oriente e Norte de África, e assistiam apenas as classes elevadas da nobreza e clero. O povo era assistido por enfermeiros, ligados na sua maioria às ordens religiosas e por curandeiros. Como seriam os enfermeiros medievais? Para SANTOS (1994, p. 28)

“eram, homens e mulheres, na sua esmagadora maioria membros de ordens monásticas ou outras organizações religiosas instaladas em Portugal. Tinham um sentido profundo da dignidade e nobreza da sua missão e não auferiam vencimentos. As ofertas por vezes vultuosas dos reis e nobres revertiam para a instituição. Estavam organizados hierarquicamente e o dever de obediência e de serviço desinteressado deixaram fortes marcas que perduraram na filosofia da enfermagem, até ao século vinte Não aprendiam em escolas de enfermagem que não existiam, mas com a prática e o ensino oral de enfermeiros mais experientes e de alguns, raros, médicos”.

Até ao século XIV, os hospitais e outras instituições de assistência não sofrerão intervenção do poder régio, embora sejam frequentes os exageros cometidos pelos seus fundadores e representantes, pois as ordens testamentárias feitas com fins caritativos recaíam sob a alçada do direito canónico, ou seja, da Igreja. Mais tarde, com o desenvolvimento do movimento reformista e início do estado absolutista a pressão para a expropriação do clero e concentração das instituições de saúde cresce, visando a criação dum sistema de assistência pública, sob a protecção do rei ou dos municípios (GRAÇA, 2000, p. 106).

Segundo FERREIRA citado por GRAÇA (2000, p. 71) o primeiro documento elaborado pelo poder régio relativo à administração dos estabelecimentos de saúde data de 1308; e partiu da iniciativa de D. Dinis, que criou a figura do Provedor. O financiamento do hospital medieval provinha exclusivamente da caridade dos cristãos ricos, através de doações feitas em vida ou à hora da morte.

Até ao século XV o número de estabelecimentos foi crescendo. Os grupos sociais emergentes com poder, fundaram as próprias instituições de assistência, como no caso das confrarias de mareantes e as corporações de ofícios, criando hospitais e albergues. As albergarias de fundação monástica e as instituições dependentes das corporações foram proliferando, pelo que, em meados do século XV, Lisboa dispunha de 42 hospitais e 13 albergarias, e no restante país existiam mais de 500 estabelecimentos de pequenas dimensões, atingindo raramente as 25 camas, e não ultrapassando a lotação de 4-8 camas na sua maioria (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998, p. 13).

Em finais do século XV a relação entre o Estado e os diversos corpos sociais modificou-se, alargando-se o poder centralizador do Estado e crescendo o poder burocrático e das corporações e ofícios. Em contrapartida, o poder monástico e da alta nobreza decresce (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998, p. 14).

Na prestação dos cuidados de enfermagem e administração hospitalar é de realçar a intervenção de outras congregações como os jesuítas, as ordens mendicantes, as irmãs de Caridade, os irmãos hospitaleiros de São João de Deus e os Obregões (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 65). Os Jesuítas foram fundados com o objectivo de evangelizar o Oriente e o continente Americano; em Portugal a sua actividade estendeu-se à enfermagem, principalmente no novo mundo descoberto pelos portugueses. Os Jesuítas, assim como os Franciscanos foram enfermeiros, quase que exclusivos, nos pequenos mas numerosos hospitais que conceberam na Índia, África, China, Brasil, Japão e Malaca (SANTOS, 1994, p. 44). A Congregação Franciscana dos Obregões foi chamada a Portugal em 1594 para substituir os enfermeiros portugueses no Hospital Real de Todos os Santos. Em 1606, a Misericórdia, responsável pela administração do hospital, prescindiu dos seus serviços, por não estar satisfeita com a sua actuação junto dos pobres e dos doentes. Regressarão em 1630, a pedido da Misericórdia, para substituir novamente os enfermeiros portugueses, mas acabarão por ser despedidos em 1644, por mostrarem descrença em Deus e serem um importante custo na fazenda do hospital, pois não serviam por caridade e auferiam vencimentos superiores aos dos enfermeiros portugueses (SANTOS, 1994, p. 42).

A evolução da enfermagem até ao século XIX está deficientemente documentada por falta de investigação de arquivo, mas é de destacar o papel de São João de Deus e dos seus discípulos. São João de Deus nasceu em Montemor-

o-Novo em 1495, tendo-se fixado em Granada em 1537, onde foi internado no Hospital Real de Granada, por loucura, onde tomou conhecimento da crueldade dos tratamentos a que eram submetidos os doentes mentais. Aqui terá descoberto a sua vocação de hospitaleiro. Nasceu assim a sua preocupação com a humanização dos hospitais. Faleceu em Granada em 1550, tendo sido canonizado em 1690, em Roma, tornando-se mais tarde o padroeiro dos hospitais, dos doentes e dos enfermeiros (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 66). Após a sua morte os seus discípulos fundaram a Ordem Hospitaleira de São João de Deus, congregação laica, sedeadada em Roma, que viria a ter um papel de destaque na assistência aos doentes e administração de hospitais na Península Ibérica e nos territórios ultramarinos de Espanha e Portugal (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 66). Em Portugal, instalaram-se em 1606, na casa do seu fundador em Montemor-o-Novo, dando aí início à sua obra assistencial.

No início do século XVI assistiu-se a um movimento de concentração dos hospitais e estabelecimentos assistenciais existentes, tendo o poder real um papel decisivo nesse movimento. D. João II e D. Manuel I encetaram uma política de concentração e fusão dos hospitais, devendo este ser entendido tendo em consideração o demorado processo de luta do régio, e mais tarde, do Estado contra a Igreja (GRAÇA, 2000, p. 59). Estas divergências acentuar-se-ão com o Marquês de Pombal, pela mão de Mouzinho da Silveira e de Joaquim António de Aguiar com a legislação laboral. Mais tarde continuou-se com a legislação da República. Ora, estas lutas traduziram-se na secularização de grande parte do imenso e valioso património fundiário da Igreja, e na drástica redução dos elitistas privilégios do clero (GRAÇA, 2000, p. 59).

É em plena época dos Descobrimentos e iniciando-se com D. João II que surgem os hospitais gerais: Lisboa, Coimbra, Évora, Braga e Goa, como resultado da concentração do poder político e económico do Rei (GRAÇA, 2000, p. 59). Como refere o MINISTÉRIO DA SAUDE (1998, p. 14) *"é deste novo equilíbrio que vai surgir, em Portugal, como na Europa, o Hospital Moderno, cuja expressão é o Hospital Central, e, entre nós, desabrocharão as Misericórdias"*. Pelas suas dimensões é de salientar o Hospital Termal das Caldas da Rainha e o Hospital de Todos os Santos. O hospital do século XVI é monumental, grandioso e urbano, em oposição ao seu congénere da época medieval. Procura-se dar resposta às necessidades da população que tende a concentrar-se nas cidades, em consequência do declínio do feudalismo, do modo de produção artesanal e da expansão do comércio marítimo. A arquitectura renascentista exprime a ideia de magnificência do príncipe e de ostentação da caridade. Uma e outra são possíveis, no caso português, devido à enorme acumulação de riqueza, resultante do comércio ultramarino nomeadamente, da exploração do ouro da Mina e da Pimenta da Índia (GRAÇA, 2000, p. 59).

O Hospital Termal das Caldas da Rainha foi mandado construir por iniciativa e expensas da Rainha D. Leonor, tendo-se iniciado a sua construção em 22 de Janeiro de 1485, dispondo lotação para 117 camas, distribuídas 80 para doentes do sexo masculino e feminino, 20 para pessoal religioso e pessoas honradas, 20 para peregrinos e pessoal de apoio. Sendo o primeiro hospital termal do Mundo, possuía consultas diárias, farmácia e médico privativo, e regia-se por um conjunto de normas administrativas e de protocolos clínicos (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998, p. 14).

O Hospital de Todos os Santos (HRTS) foi mandado construir por D. João II, tendo sido lançada a primeira pedra pelo próprio em 1492, e a sua inauguração realizada em 1504, por D. Manuel I. Possuía lotação para 130 camas e estava dotado de corpo clínico, auxiliar e administrativo, num total de 50 pessoas. (GRAÇA, 2000, p. 59). O seu regulamento data de 1504, tendo-se inspirado parcialmente nos estatutos dos hospitais italianos e foi outorgado por D. Manuel I, sendo

“(...) a expressão mais acabada de vontade do poder político de intervir no domínio da assistência, pondo em causa o papel até então hegemónico da Igreja e respondendo, ao mesmo tempo, às necessidades de uma população em que, à subnutrição e à peste endémica, se vêm pôr novos problemas de saúde como resultado da concentração urbana e da mobilidade espacial, decorrentes da expansão marítima” (GRAÇA, 2000, p. 59).

A administração do HRTS foi de responsabilidade régia até 1530, recrutados da casa real e de pessoas da confiança do rei. Entre 1530 a 1564 a gestão foi da responsabilidade da Congregação dos Lóios e em 1564 passa para a Misericórdia. A sua missão é cuidar das almas e acessoriamente cuidar dos corpos dos doentes pobres. No seu regulamento, as motivações do seu fundador são descritas como *“movido com boa intenção, por q os pobres, e pessoas Miseráveis tivesse algum mais certo Recolhimento, e Remédio de suas necessidades em esta cidade do q nella para elles até então havia”* (GRAÇA, 2000, p. 59). A responsabilidade da administração do HRTS é do Provedor, ou Official principal, que deveria ser *“de preferência, um membro do alto clero ou, em último caso, um leigo solteiro, letrado, que fosse da confiança pessoal e política do rei, ou seja, da corte”* (GRAÇA, 2000, p. 60). A sua principal função seria zelar pelo cumprimento da missão do HRTS. Os enfermeiros, num total de doze elementos, distribuíam-se por três categorias: enfermeiro mor, enfermeiros

e enfermeiros pequenos. Ao enfermeiro mor competia a chefia de cada enfermaria e deveria possuir como características ser homem caridoso, de boa condição e sem escândalo.

Na mesma época, surgiram as misericórdias, datando a fundação da primeira de 15 de Agosto de 1498, por influência do Frei Miguel Contreiras sobre a Rainha. Estas instituições terão um papel fulcral na organização e gestão dos hospitais, pois ao longo dos séculos XVI e XVII serão responsáveis pela administração de hospitais (como o Hospital de Todos os Santos), gafarias, albergarias, serviços de apoio a órfãos, inválidos, incuráveis e enjeitados. As misericórdias obtinham rendimentos por benefícios régios, legados e donativos e *"embora fizesse parte dos Regimentos a obrigatoriedade de concretização de obras de caridade, não há dúvida que espelham a supremacia do poder real face à cúria romana, já que a integração de estabelecimentos preexistentes, mesmo que fundados por bula papal, apenas requeria assentimento régio"* (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998, p. 14).

A partir de meados do século XVI a administração dos hospitais passaram para as Misericórdias, e com esta transição tenderão a laicizar-se. No entanto, a prestação de cuidados de enfermagem permanecerá na responsabilidade dos religiosos até à extinção das ordens religiosas em 1834 (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 65).

A função da enfermagem em pleno século das luzes *"(...) era já (ou tão só) entendida como a aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição de médicos ou cirurgiões, sem qualquer veleidade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica"* (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 67). O exercício da enfermagem não era considerado um ofício de arte, como a medicina ou a

farmácia, não lhe sendo reconhecido a especificidade dos cuidados, pelo que o seu exercício não exigia a autorização do físico-mor ou do cirurgião-mor. As funções do pessoal de enfermagem resumiam-se a cuidados básicos aos doentes, tarefas de limpeza e a higiene das enfermarias. A sua principal função consistia "no carregamento dos doentes", que incluíam as seguintes actividades:

- *"acompanhar as visitas diárias feitas pelo físico ou cirurgião à respectiva enfermaria;*
 - *aplicar os tratamentos prescritos pelo físico ou cirurgião;*
 - *chamar o (e dar assistência ao) barbeiro-sangrador;*
 - *levar os doentes às costas para os banhos e lavá-los (no caso do hospital termal);*
 - *transportar as refeições às enfermarias;*
 - *fazer as camas e mudar a roupa;*
 - *fazer a vigília dos doentes, incluindo à noite;*
 - *chamar o capelão para a extrema unção;*
 - *amortalhar os cadáveres;*
 - *despejar e limpar diariamente os tanques dos banhos (no caso do hospital termal);*
 - *varrer e limpar as enfermarias;*
 - *manter limpos os urinóis e os bacios;*
 - *manter limpos os púcaros dos xaropes e purgas, etc"*
- (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 65).

Na época, o enfermeiro era entendido como alguém que não dominava uma técnica ou um saber específico, pelo que os requisitos necessários para o exercício da enfermagem eram a paciência, a caridade e o empenho. Raramente se encontra uma referência, da Idade Média ao fim do Antigo Regime, à figura da enfermeira, religiosa ou laica, fora do contexto hospitalar, ao contrário do que se verificava com os outros praticantes de artes médicas da época, que com ou sem autorização do físico-mor ou do cirurgião-mor, abundavam pelas vilas e

idades: curandeiros, endireitas, emplastradeiras, sangradores, parteiras e aparadeiras, dentistas, cristaleiros, abafadores (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 65). Os enfermeiros exerciam a sua actividade essencialmente ligados às instituições que prestavam assistência aos doentes, quer religiosas, quer leigas.

A 3 de Maio de 1643, por decreto de D. João V, a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus ficou responsável pela construção e administração de todos os hospitais militares de campanha, aquém e além-mar, e durante parte dos séculos XVII, XVIII e XIX, quase todos os hospitais militares de Portugal e Espanha eram assistidos pelos religiosos de S. João de Deus, os quais trabalhavam neles até à exclausuração (NOGUEIRA citado por GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 66). Pertence a um religioso da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, o Padre Frei Diogo de Santiago, a autoria do primeiro manual de enfermagem, publicado em 1741, após o parecer favorável das autoridades civis e religiosas, com o título *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*. Trata-se do primeiro manual de formação em cuidados de enfermagem existente em Portugal, destinando-se à formação dos noviços do Convento de Elvas. A melhoria da formação dos enfermeiros foi colocada em 1793 ao intendente Pina Manique, pelo Comissário Geral da Ordem Hospitaleira de São João de Deus, na esperança de que os membros da congregação passassem a frequentar o curso de Medicina na Universidade de Coimbra. O exercício da enfermagem nos hospitais militares do reino era monopolizado por estes religiosos e a melhoria dos seus conhecimentos seria desejável. Foi então fundado um colégio destinado à preparação dos enfermeiros, que após a morte de Pina Manique acabou por fechar (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 68).

O século XVIII marcado pela Revolução Francesa e pelos valores de liberdade, igualdade e fraternidade, motivaram o desenvolvimento científico, sendo a observação e a experimentação, os novos alicerces da ciência. Os hospitais transformam-se em instituições unicamente médicas, baseadas no conhecimento científico, originando a Medicina Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1998, p. 15). Neste século vemos surgir em Portugal os primeiros exemplares duma arquitectura verdadeiramente hospitalar, como o Hospital de São José (1775), o Hospital de Santo António, o Hospital de Viana do Castelo e o Hospital do Terço.

É com a expulsão das ordens religiosas em 1834 e a laicização do pessoal hospitalar que a enfermagem ganha visibilidade. A enfermeira continuará a servir os pobres e os doentes, tal como as religiosas, baseando a sua prática nos seus valores morais e religiosos, mas a sua actuação progressivamente se modificará, como consequência dos desenvolvimentos que se verificarão na medicina. Até ao aparecimento de Florence Nightingale continua a não lhe ser reconhecido um domínio específico de conhecimentos. Durante milhares de anos, os cuidados não se referiam a um ofício, menos ainda a uma profissão. Diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava qualquer outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida, em relação com a vida do grupo (COLLIÉRE, 1999, p. 27). Nos hospitais civis a formação dos enfermeiros era precária, ou quase inexistente, tendo-se agravado após a extinção das ordens religiosas. A situação era de tal forma grave que ao longo da monarquia constitucional foram feitas diversas tentativas para a sua reintrodução nos hospitais.

Em finais do século XIX, na Grã-Bretanha é reconhecida uma ruptura na ideia social da enfermagem- a “revolução” da Enfermagem científica, ligada à

figura e à obra de Florence Nightingale. É com ela que se fixa o aparecimento formal da Enfermagem moderna, em 1860 (NUNES, 2003, p. 19). Até meados do século XIX os cuidados de enfermagem eram prestados pelas *matrons* e pelas *nurses*, mulheres leigas, sem formação moral e científica, “*uma nurse queria dizer, então, uma mulher velha, rude, sempre ignorante, habitualmente suja, uma Mrs Gamp embrulhada em roupas sórdidas e remendadas, bebericando aguardente e caindo em faltas incontáveis*”, segundo RIO (1999, p. 72). As *matrons* e as *nurses* eram tecnicamente desqualificadas (o requisito mínimo era o saber ler e escrever), aplicavam grosseiramente os cuidados médicos e trabalhavam em condições penosas e deficitárias. O trabalho além de mal remunerado, era socialmente desvalorizado, e a enfermagem era considerada uma ocupação indigna para uma mulher. O alcoolismo, o roubo e a promiscuidade era um comportamento frequente entre as *nurses* e as *matrons*, pelo que a sua conduta pessoal era moralmente reprovável.

Apesar de todas as dificuldades com que se deparou, Florence Nightingale não hesitou na persecução dos seus objectivos: a dignificação da Enfermagem, através da formação de enfermeiras de forma a obter profissionais do cuidar, que para além de qualidades técnicas, fossem dotadas de valores morais elevados. Em Março de 1854 a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia, dando início à Guerra da Crimeia. Rapidamente surgiram nos jornais notícias acerca das deficientes condições em que os soldados britânicos feridos estavam a ser tratados nos hospitais militares, onde se verificava uma elevada mortalidade. Neste sentido, o Ministro Britânico da Guerra, Sidney Herbert, convidou Florence Nightingale para liderar a introdução de enfermeiras nos hospitais militares da Turquia. Assim, esta partiu rumo ao Hospital de Barrack, em Scutari, com um grupo de trinta e oito mulheres, religiosas e leigas, que ela própria havia

recrutado. Foi dessa experiência que iria retirar o conhecimento prático que lhe permitiria criar as bases para a reforma hospitalar da segunda metade do século XIX, assim como a reorganização dos serviços de Enfermagem. Em Agosto de 1856, Florence Nightingale, regressou a Inglaterra onde prosseguiu os seus esforços para a melhoria dos cuidados de Enfermagem nos hospitais militares. A primeira escola de treino foi criada a 9 de Julho de 1860, no Hospital St. Thomas, que mais tarde se passou a denominar Escola de Enfermagem Nightingale, onde foram criadas as bases de ensino da Enfermagem e a preparação das primeiras enfermeiras diplomadas. As enfermeiras eram admitidas no Hospital St. Thomas por um ano de treino e no final desse ano eram integradas no pessoal do hospital, onde permaneciam por mais dois anos. A sua remuneração era assegurada pela Fundação. Florence Nightingale tinha como princípio fundamental: a retirada de poder e de responsabilidade técnica aos directores dos hospitais e médicos sobre as enfermeiras, atribuindo esse controlo e a responsabilidade da formação às mulheres ligadas à enfermagem. Pretendia alterar a ideia de que se era enfermeira por intuição e fazer acreditar na educação para a formação de enfermeiras competentes. Esta sempre viu a Enfermagem como uma vocação, e não como uma intuição ou negócio, preocupando-se sempre com a educação e treino das alunas de enfermagem, de modo a melhorar os serviços de enfermagem e não as vantagens financeiras para o hospital. Seguindo um modelo misto de formação: conventual e militar, baseou a formação no treino, dedicação e forte estratificação hierárquica.

Entre nós, a obra de Florence Nightingale, aceite, entendida e divulgada, teve um lento poder de penetração, pois como refere NUNES (2003, p. 20) *"falar de Enfermagem em Portugal, por exemplo, na década de 70 de oitocentos, era referir um grupo indiferenciado de pessoal hospitalar ou dos asilos. A*

emergência da Enfermagem como grupo sócio-profissional ocorreria já no século XX".

Apenas em finais do século XIX a formação dos enfermeiros irá ser iniciada com a criação dos hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, criando-se então os primeiros cursos de formação prática em enfermagem (GRAÇA;HENRIQUES, 2004, p. 68). Considera-se que a criação do primeiro curso de enfermagem em Portugal marca a passagem da enfermagem a profissão. Começou a funcionar nos Hospitais da Universidade de Coimbra, em Outubro de 1881, durante a administração de Costa Simões. De visita ao serviço das irmãs da caridade nos hospitais franceses, e tendo feito uma avaliação desfavorável do seu trabalho, preferiu apoiar a ideia parisiense de fundar uma escola para educação prática dos enfermeiros laicos. A instrução seria dirigida essencialmente para a componente prática. Não tendo pedido autorização governamental, Costa Simões custeou as despesas de criação da escola, que acabaria por encerrar no ano seguinte à sua criação (NUNES, 2003, p. 24).

A 9 de Dezembro de 1885, iniciaram-se em Lisboa os preparativos para a criação da escola de enfermeiros, por iniciativa de Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor do Hospital de São José e anexos, que em carta ao governo expôs a necessidade e as vantagens (principalmente de carácter económico) de se treinarem enfermeiros. E assim, a 26 de Janeiro de 1887 abriu o curso de enfermeiros, regido por Artur Ravara, que terminaria em Novembro de 1889, pois os resultados esperados não foram alcançados. As razões apontadas para o seu insucesso foram o baixo nível de instrução dos formandos e/ou a dificuldade em assistir às aulas e prestar serviço no hospital (NUNES, 2003, p. 28). Em 1886 surgiu a escola de enfermeiros no Hospital de Santo António da Santa Casa da

Misericórdia do Porto, cujo objectivo era o de formar o seu pessoal de enfermagem e outros indivíduos externos que o desejassem.

A partir das descobertas feitas no domínio da física e da química, em finais do século XIX, e da sua aplicação à medicina, foi possível criar tecnologia complexa que permitisse um diagnóstico mais seguro das doenças e posteriormente possibilitasse o seu tratamento. Perante este novo cenário a concepção dos cuidados de enfermagem foi radicalmente modificada. Os instrumentos disponíveis à actividade médica foram aumentando, pelo que os médicos vêm-se obrigados a delegar nos enfermeiros algumas das suas tarefas de rotina, por escassez de tempo para as executarem, como a medição da temperatura, o exame à urina, assim como outros cuidados médicos usuais para a época. A disponibilização de nova tecnologia para a actividade médica, criou espaço para o surgimento dum novo modelo para a prática da enfermagem, o de auxiliar do médico. Será a enfermeira a responsável pela preparação do material necessário à prática dos actos médicos e depois assegurando, sob a sua responsabilidade, os cuidados prescritos e delegados por ele, acedendo a pouco e pouco ao remanescente dos conhecimentos médicos que este lhe dispensa para que possa efectuar essas tarefas.

A criação quase simultânea de diversos cursos de enfermagem ligou-se à institucionalização da medicina e ao avanço das técnicas que conduziu a uma crescente complexidade dos cuidados de saúde, para os quais as religiosas e enfermeiros da época não estavam preparados para dar resposta. Como afirma NUNES (2003, p. 27) *“assim se iniciou o processo de dissociação do trabalho de Enfermagem da lida doméstica a que estava associada, se começou a relacionar a prestação de cuidados de Enfermagem com a menor duração das*

doenças e se desencadeou o esforço para reestruturar o trabalho de Enfermagem". Para COLLIÉRE (1999, p. 79) "servir é a base de prática da enfermagem. Servir os doentes, objecto da finalidade dos cuidados e, em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata e os seus representantes". A finalidade da enfermagem continua a ser o velar pelo bem do doente, mas sendo o médico o principal detentor do conhecimento, o facto de querer servir o doente implica servir também o médico. Por isso, não é arriscado dizer-se que a prática da enfermagem deriva da interacção entre a vertente conventual e a médica. E durante muito tempo a vocação constituía o principal requisito para quem queria ser enfermeiro pois

"este recurso à vocação para assegurar o exercício de prática de enfermagem terá por efeito durável, senão a obrigatoriedade pelo menos a recomendação do celibato, sendo o casamento, a maternidade e a vida de família incompatíveis com as exigências de uma dedicação constante, mas também com toda uma concepção de abordagem dos cuidados ao corpo herdada das [mulheres] consagradas" (COLLIÉRE, 1999, p. 82).

Em 1918 foi criada a Escola Profissional de Enfermagem, com o curso geral e o curso complementar de enfermagem. Perante esta nova terminologia a enfermagem assume a designação de profissão, sendo a sua formação orientada para a componente técnica, enfatizando-se a destreza e a perícia manuais (NUNES, 2003, p. 48). O curso geral tinha a duração de dois anos, e a instrução mínima exigida para a sua frequência era a instrução primária do segundo grau. O curso habilitava para o quadro de enfermagem dos hospitais, excepto os cargos de chefia. O curso complementar de enfermagem, com um ano de duração, destinava-se a habilitar os enfermeiros com o curso geral para lugares de chefia. Em Novembro de 1930, a escola foi reorganizada e passa a designar-se Escola de

Enfermagem de Artur Ravara, em homenagem ao primeiro regente, sendo as suas instalações transferidas para o Hospital dos Capuchos.

Na década de trinta surgiu o movimento sindical na enfermagem, datando de Fevereiro de 1931 a inauguração oficial da sede do primeiro sindicato: o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul.

Para a enfermagem religiosa, a década de trinta é de franca actividade, embora a sua presença seja mais notória nos hospitais da província. Assim, a enfermagem religiosa vai fundar as suas escolas: a Escola de Enfermagem da Casa de Saúde da Boavista, por acção das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição, em 1935; a Escola dos Irmãos Hospitaleiros de São João de Deus, em 1936; e a Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo, em 1937, pela Irmã Eugénia Tourinho, religiosa brasileira diplomada em enfermagem por uma escola francesa.

Em 1940, foi criada pelo Ministério da Educação Nacional a Escola Técnica de Enfermeiras, considerada durante muito tempo a escola mais prestigiada e elitista, pois com a sua criação se inicia uma profunda mudança no nível de formação das enfermeiras portuguesas. Exigia como habilitação mínima o 2º curso liceal e o curso tinha a duração de três anos (GRAÇA; HENRIQUES, 2000, p. 62).

Ao abrigo do Dec.-Lei n.º 36.219 de 10 de Abril, de 1947 reorganizou-se o ensino da enfermagem, criam-se novas escolas e integraram-se as já existentes em outros moldes, aumentou-se a escolaridade básica obrigatória para o ingresso no curso geral (primeiro ciclo dos liceus) e criaram-se os cursos de pré-

enfermagem e enfermagem auxiliar (NUNES, 2003, p. 74). A enfermagem manteve-se como uma profissão essencialmente vocacional, sendo as qualidades morais e a vocação os principais requisitos para se ser enfermeiro, ou traduzindo para os dias actuais seriam os pré-requisitos da época. Com esta legislação pretendeu-se a formalização do ensino de enfermagem, a criação dum programa único e comum a escolas civis e militares do País.

Se se admitir a acção da enfermeira, ou a prática da enfermagem como um prolongamento da acção médica, serão os próprios médicos os responsáveis pelo ensino e conteúdo profissional dos cuidados, ensinando-lhes aquilo que esperam do seu desempenho. Serão eles a determinar quais os conhecimentos que deve uma enfermeira possuir, para que progressivamente se verifique a passagem dos cuidados até aí prestados pelo médico para a enfermagem. No entanto, convém não esquecer que a dotação das enfermeiras com saberes e capacidades que antes não possuíam constitui uma “ameaça” para os médicos, pelo que é necessário estabelecer os limites da sua utilização. Assim, o cuidar é *"(...) esforçar-se por prestar correctamente os cuidados prescritos pelo médico"* (COLLIÉRE, 1999, p. 93). O que se pretende das enfermeiras é que saibam aliar a destreza técnica à vocação de servir os doentes, num ambiente crescentemente agarrado à técnica. É deste modo que

"(...) as [mulheres]-enfermeiras--»auxiliares do médico vão ter acesso ao domínio do conhecimento, coisa que, desde a prática das [mulheres] consagradas, não era considerada desejável e necessária, dependendo o saber da graça de Deus. Este conhecimento é procurado na fonte do mestre, na fonte médica. É o duplo atractivo deste conhecimento e o desejo de se aproximar da imagem valorizada do médico que vai mobilizar as enfermeiras para a aquisição de uma formação e que vai substituir, progressivamente, as motivações oblativas por motivações de desenvolvimento de capacidades

técnicas, dando assim um pouco de brilho à imagem baça da enfermeira"
(COLLIÉRE, 1999, pág. 94).

O facto de ser auxiliar do médico, por um lado engrandece a imagem da enfermeira, mas por outro torna-a mais vulnerável, pois esta não consegue a valorização do seu trabalho numa função que seja sua exclusivamente. A formação orientada para a tecnicidade será a forma encontrada pelas enfermeiras para a compensação da servidão dos cuidados aos doentes, permitindo-lhes assim tornarem-se excelentes executantes dos médicos, criando uma identidade médica por procuração. Esta dificuldade da formação dos enfermeiros e a necessidade de ir buscar conhecimentos às fontes médicas prende-se com o facto de que as práticas de cuidados transportados pelas mulheres são transmitidas por tradição oral, pelo que não existem escritos, e quando existentes descrevem práticas conhecidas pelas mulheres mas que, ao ritualizarem-se, caíram a pouco e pouco sob o controlo dos monges e dos padres (COLLIÉRE, 1999, p. 104).

A formação dos enfermeiros iniciada em finais do século XIX é dada nas instituições cuja designação se refere à pessoa que é formada e não ao que ela aprende ou à prestação oferecida pela profissão ou ainda à função que vai exercer, pelo que inicialmente se designavam por escola de enfermeiros e não escolas de enfermagem, como actualmente se verifica. As escolas de enfermagem, em 1952, através do Dec.-Lei 38:885 ficaram habilitadas a formar auxiliares de enfermagem, enfermeiros e monitores de enfermagem. A frequência do curso de auxiliar de enfermagem exigia possuir a instrução primária e ter aproveitamento no exame de admissão. O curso tinha a duração de um ano, e o exercício profissional estava condicionado pela orientação de enfermeiros, monitores de enfermagem e médicos. O curso geral exigia como escolaridade mínima o 1.º ciclo liceal, habilitando para a profissão de enfermeiro, e tinha a duração de três

anos. Para o curso de monitor de enfermagem era necessário possuir o 2.º ciclo liceal e três anos de experiência profissional como enfermeiro, assim como informações do serviço em que exercia a actividade. Um subsequente com a duração de um ano habilitava para o exercício de funções de chefia e de monitor nas escolas de enfermagem. Foi nesta altura que surgiram os cursos de enfermagem especializada, com a duração de seis meses a um ano, habilitando os enfermeiros a prestar cuidados nas áreas de especialidade médica para que foram criados (REBELO, 2002, p. 14).

O ensino de enfermagem nesta época era ministrado exclusivamente em Escolas de Enfermagem, oficiais e particulares, dotadas de autonomia técnica e administrativa, cabendo no entanto aos médicos a sua direcção. As escolas passaram a ter um corpo de monitores de enfermagem, e começou a surgir no plano de estudos a disciplina- Técnicas de Enfermagem, leccionada exclusivamente por enfermeiros. Surgiram também neste período as enfermarias-escola, que apresentavam melhores condições para a aprendizagem, assumindo os monitores de enfermagem o acompanhamento dos alunos, em detrimento dos enfermeiros chefes que anteriormente asseguravam essa função.

A prestação do serviço profissional de enfermagem a partir de 1 de Janeiro de 1953 só era possível a quem estiver diplomado. A nível internacional, nesta década surgem as primeiras teóricas de enfermagem. Na década de sessenta, a enfermagem teve um importante papel na frente de combate, pela intervenção das enfermeiras pára-quedistas e posteriormente na recuperação das sequelas dos acidentes de guerra. Será ainda neste período, mais precisamente em 1963 que passa a existir autorização para as enfermeiras se casarem.

Em 1965, com o Dec.-Lei n.º 46.448 de 20 de Julho, o ensino e o exercício da enfermagem iniciou o processo de desmedicalização, passando esta competência para a mão dos enfermeiros, que se concluirá apenas em 1972. A enfermagem ganhou autonomia e especificidade, baseando a sua actividade nas correntes internacionais, nomeadamente nas recomendações da OMS e do Conselho Internacional de Enfermeiros. O curso de enfermagem mantém a duração de três anos, mas passou a exigir-se como habilitações mínimas o 2.º ciclo liceal. O plano de estudos alterou-se, diminuindo a atenção dada à patologia e matérias biomédicas, orientando-se a enfermagem para o campo da saúde pública e cuidados ambulatoriais (GRAÇA; HENRIQUES, 2000, p. 62).

O Dec.-Lei n.º 444/74 extinguiu o curso de auxiliar de enfermagem, em Setembro de 1974. Em 1978, a Assembleia da República reconheceu a competência às escolas de enfermagem e habilitou-as com o título de escolas superiores de enfermagem. De realçar, que apenas em 1979 passou a ser exigido como habilitação mínima para o ingresso no curso de enfermagem o 3.º ciclo liceal (que equivale a onze anos de escolaridade). Ao contrário do que anteriormente se havia verificado, a procura pelo curso de enfermagem é enorme, não existindo vagas suficientes para a procura.

Em 1988, o ensino da enfermagem foi integrado no ensino superior politécnico, pelo Dec.-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, sendo tutelado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e da Educação. Com a integração no ensino superior estão reunidas as condições para a conquista da autonomia científica dos enfermeiros, através da valorização do pessoal docente e do desenvolvimento da investigação em enfermagem. A aprovação do curso de licenciatura em enfermagem ocorreu em Setembro de 1999, com o Dec.-Lei n.º

353/99, assim como do curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e do curso de complemento de formação, pelo Ministério da Saúde, responsável pela tutela do ensino da enfermagem (GRAÇA; HENRIQUES, 2000, p. 62).

A primeira carreira de enfermagem da função pública foi publicada em 1949, através do Dec.-Lei 37:418. Contemplava as seguintes categorias:

- Enfermeiro-Geral;
- Enfermeiro-Chefe;
- Enfermeiro-Subchefe;
- Enfermeiro de 1ª classe;
- Enfermeiro de 2ª classe;
- Auxiliar de Enfermagem;
- Estagiário (REBELO, 2002, p. 13).

A presente carreira de enfermagem estrutura-se em três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 3.º, N.º1). Desenvolve-se por categorias agrupadas em níveis, a que correspondem funções diferenciadas e formação adequada (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 3.º, N.º2). Os enfermeiros integrados em determinado nível numa categoria, podem concorrer às categorias abarcadas pelo nível seguinte, desde que possuam a formação necessária (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 3.º, n.º 3), assim como concorrer à categoria seguinte dentro do mesmo nível, desde que possuam a formação exigida, independentemente do tempo de serviço na categoria (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 3.º, n.º 4). Os níveis e categorias existentes na carreira de enfermagem são:

- Nível 1: abarca as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado;

- Nível 2: abarca as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe;
- Nível 3: abarca as categorias de enfermeiro supervisor (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 4.º).

Às categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista corresponde à área de actuação da prestação de cuidados. À área de gestão correspondem as categorias de enfermeiro-chefe, de enfermeiro-supervisor e o cargo de enfermeiro-director. O cargo de assessor de enfermagem corresponde à área de assessoria técnica (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 6.º, n.º1). Englobado na área de actuação da prestação de cuidados são funções do enfermeiro e enfermeiro graduado:

- a) Colher dados que permitam a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem de acordo com os problemas identificados, recursos existentes e por ordem de prioridade;
- c) Executar o plano de cuidados, implicando o utente e família nos cuidados, promovendo o auto cuidado;
- d) No planeamento e execução dos cuidados de enfermagem integrar a preparação para a alta ou para o internamento hospitalar;
- e) Responsabilizar-se pela prestação de cuidados de enfermagem à família, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- f) Participar nas acções de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
- g) Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, através da realização de registos de enfermagem e analisando os factores que contribuíram para a

obtenção desses resultados;

- h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;
- i) Realizar estudos sobre os problemas de enfermagem;
- j) Utilizar os resultados de estudos de investigação na prestação de cuidados de enfermagem (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 7.º, n.º1).

O ingresso na carreira de enfermagem é feito pela categoria de enfermeiro, de entre os que estão habilitados com o título profissional de enfermeiro; e pela categoria de enfermeiro especialista de entre os enfermeiros habilitados com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 10.º).

O acesso à categoria de enfermeiro graduado realiza-se automaticamente desde que estejam cumpridos os requisitos de permanência de um período de seis anos de exercício de funções na categoria de enfermeiro, com a avaliação de desempenho de satisfaz (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 11.º, n.º1 e n.º2).

Para aceder à categoria de enfermeiro especialista é necessário que os enfermeiros e enfermeiros graduados estejam habilitados “(...) *com um curso de especialização em Enfermagem (...) ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de Satisfaz*” (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 11.º, n.º 3).

Para a categoria de enfermeiro-chefe o acesso faz-se de entre os enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas, com seis anos de exercício profissional e avaliação de desempenho de “Satisfaz”, habilitados com um curso

de estudos superiores especializados em enfermagem ou um curso de administração de serviços de enfermagem ou um curso no âmbito da gestão que confira (no mínimo) o grau de bacharel (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 11.º, n.º 4). Dentro de cada categoria, a mudança de escalão verifica-se após a permanência de três anos no escalão anterior e avaliação de desempenho de “Satisfaz” (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 17.º).

A avaliação de desempenho consiste “(...) *na avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e na atribuição periódica de uma menção qualitativa*” (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 43.º, n.º 1). Tem como objectivos:

- Contribuir para a melhoria do desempenho do enfermeiro, através da identificação das suas necessidades e potencialidades;
- Contribuir para a valorização pessoal e profissional do enfermeiro;
- Detectar os factores que interferem no rendimento profissional do enfermeiro;
- Assinalar as necessidades de formação (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 43.º, n.º 2).

A metodologia utilizada na avaliação de desempenho efectiva-se através da realização de entrevistas periódicas de orientação, realizadas pelo menos uma vez em cada ano de exercício profissional; e através da realização de entrevistas periódicas para atribuição de uma menção correspondente a um período de três anos de exercício profissional (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 46.º, n.º 1). As menções a atribuir são qualitativas e exprimem-se em “Satisfaz” e “Não Satisfaz” (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 45.º). A atribuição da menção qualitativa baseia-se na análise e discussão do relatório crítico das actividades desenvolvidas no triénio pelo enfermeiro (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 46.º, n.º 2). O relatório crítico

de actividades deve descrever e justificar as actividades que mais contribuíram para o desenvolvimento profissional no triénio e os factores que influenciaram o seu rendimento. O enfermeiro deve enumerar no relatório as suas necessidades de formação e justificar as suas escolhas, e expressar as suas expectativas profissionais relativamente ao futuro (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 47.º).

CAPÍTULO III – HISTÓRIA DA ENFERMAGEM MILITAR

Para REIS (2002, p. 6) “*até à Guerra da Restauração, pode dizer-se que não havia uma organização militar estruturada e, como tal, não havia um Serviço de Saúde organizado*”. As tropas, ou mesnadas (como foram inicialmente designadas) eram constituídas por grupos de homens armados, comandadas pelos fidalgos a quem pertenciam esses indivíduos, sendo os doentes e feridos tratados pelos médicos e cirurgiões que os acompanhavam e que eram pertença desses mesmos fidalgos. Posteriormente, estas tropas foram protegidas pelas milícias municipais e pelas Ordens Monásticas-militares criadas depois. Foi no reinado de D. Dinis que se criaram os besteiros, se organizou a Marinha e se constituiu a lança como unidade táctica. Outras tentativas de organização militar foram posteriormente tentadas, inicialmente por D. Duarte e continuadas por D. Pedro, terminando no reinado de D. Afonso V e que consistiram na concretização do Regimento dos Coudéis e nas Ordenações Afonsinas. Com D. Sebastião irá aparecer o Regimento de Ordenanças, datado de 10 de Dezembro de 1570. Os feridos e doentes militares eram tratados nos hospitais civis, ou simplesmente em casas que provisoriamente se transformavam em hospitais (REIS, 2002, p. 7).

No início do século XVI os militares foram gravemente atingidos por uma epidemia, pelo que invocaram auxílio a São Sebastião, soldado e herói romano, que ficou conhecido como advogado contra a peste, a fome e a guerra. Por isso, os artilheiros da corte, que se haviam instalado no Castelo de São Jorge, como agradecimento pela travagem da epidemia, formaram a Irmandade de São Sebastião. Mensalmente descontavam do seu vencimento um montante, através do qual era possível o sustento da irmandade (GUSMÃO et al., 2002, p.5).

No reinado de D. João II iniciou-se a conversão dos conventos das ordens militares em hospitais. Por autorização do Cardeal Ramusio, em 1659, foi concedida "*(...) licença para fundar hospitais, em qualquer lugar onde houvesse conventos de Ordens Militares (...)*" (GUSMÃO et al., 2002, p.5). Assim, os militares foram ocupando os conventos em várias localidades do país, consoante a necessidade e onde se fazia sentir o esforço de guerra. Isto porque os militares feridos não podiam ser admitidos e tratados nos hospitais reais. Os hospitais deviam ser visitados pelos Priores dos referidos conventos, cabendo aos clérigos das ordens militares a administração de sacramentos e outros serviços religiosos.

A hospitalização dos militares ocorreu tardiamente no país, "*(...) pelo que se depreende da resposta dada pelo Padre Geral da Ordem [de São João de Deus], às diligências reais para socorrer os soldados nos hospitais mais vizinhos (...)*" (GUSMÃO et al., 2002, p.6).

O Hospital do Castelo é conhecido como o primeiro hospital militar e pensa-se que em 1587 estivesse já em funcionamento, operando plenamente em 1595, embora com uma dimensão insuficiente para as necessidades existentes, decorrentes da ocupação do castelo após a invasão espanhola. Os cuidados de

enfermagem prestados aos militares eram assegurados na sua maioria pelos irmãos hospitaleiros de São João de Deus, pois *"só por fins do século XIX se começa a cuidar da formação de enfermagem em agentes militares"* (GUSMÃO et al., 2002, p.7).

Dada a escassez de hospitais e a sua deficiente organização, a actividade dos irmãos hospitaleiros de São João de Deus foi de extrema importância no auxílio aos doentes e soldados do exército. Havia *"(...) dedicação da parte deles no tratamento dos doentes e havia igualmente preocupação da entidade real, em que os soldados fossem tratados com dedicação e zelo"* (GUSMÃO et al., 2002, p.7). Por estas razões, em 1790, esta ordem prestava cuidados aos militares assistidos nos seguintes hospitais do reino: Almeida, Miranda do Douro, Bragança, Chaves, Valença do Minho, Caminha, Campo Maior, Castro Marim, Abrantes, Coimbra, Elvas, Estremoz, Évora, Gouveia, Lagos, Monção, Moura, Olivença, Penamacor, Viana do Castelo e Vila Viçosa. Na epopeia dos Descobrimentos, a contribuição desta ordem aos militares estendeu-se até países como Índia, Moçambique, Angola e Brasil.

O primeiro hospital militar construído de raiz foi na cidade do Porto, e data de 1862, por autorização régia de D. Pedro V, e que recebeu o seu nome, embora a sua inauguração tenha ocorrido no reinado de D. Luís I (REIS, 2002, p. 9). O primeiro ramo das forças armadas a formar militares enfermeiros, foi a Marinha, através da criação da Escola de Enfermagem da Armada (GODINHO, 2002, p. 28).

1- EXÉRCITO

Até à chegada a Portugal do Conde de Wihelm Von Schowmbourg-Lippe, a 3 de Julho de 1792, por convite do Marquês de Pombal, não existia ainda uma organização militar merecedora do nome de exército. Na condição de Marechal General do Exército Português, o Conde de Lippe iniciou a reorganização militar do exército, e como consequência também o serviço de saúde (REIS, 2002, p.6).

No início do século XIX, o Príncipe regente estabelece o regulamento para os hospitais militares, onde legislou sobre a acção da enfermagem. No regulamento, o legislador estabeleceu que os hospitais militares deveriam ser organizados “(...) *de tal modo em tempo de Paz, que em tempo de Guerra haja hum sufficiente numero de Enfermeiros Mores, de Ajudantes de Cirurgia, e de Enfermeiros Ordinários, e Supranumerários hábeis, e verçados no importante serviço dos Hospitaes Militares (...)*” (TÍTULO OITAVO, Artigo I). De salientar, que o regulamento estabelece também o rácio enfermeiro-doente pelo que “(...) *nas Enfermarias de febres haverá para cada vinte Doentes hum Enfermeiro Ordinário, e dous Moços; nas outras, hum Enfermeiro com dous Moços para quarenta Doentes*” (TÍTULO OITAVO, Artigo V). As actividades dos enfermeiros são enumeradas no artigo VII, pelo que estes “(...) *diftribuirão as rações, e os remédios aos feus respectivos Doentes nas horas prescriptas pelo prefente Regulamento, e pelos Facultativos (...)*”. De modo a minimizar os possíveis erros na actuação dos enfermeiros

“(...) o Enfermeiro Mor affitirá, quando lhe for poffivel, áquela diftribuição, tendo fempre em vista não fó os Mappas das rações, e dos remédios, feitos pelos Enfermeiros; mas também, e muito principalmente as papeletas, que devem eftar á cabeceira dos Doentes, enas quaes os Facultativos escreverão o nome do Doente, feu Regimento, Companhia, dia de Entrada, Moleftia, Symptomas, Dieta, e Remédios” (TÍTULO OITAVO, Artigo VII).

Aos enfermeiros supranumerários compete ajudar na enfermaria das febres e substituir um enfermeiro que falte por doença ou licença (TÍTULO OITAVO, Artigo VI). O regulamento estabelecia que o enfermeiro Mor era o responsável pelo conjunto dos enfermeiros, e estes “(...) *devem obedecer a tudo o que elle lhes ordenar conforme ao prefente Regulamento, e ao bem do Real Serviço; e de qualquer falta que houver, o Enfermeiro Mor dará immediatamente parte ao Primeiro Medico (...)*” (TÍTULO OITAVO, Artigo VIII). O Enfermeiro Mor é escolhido para o cargo de entre os ajudantes mais antigos do regimento, e no caso de existirem dois com a mesma antiguidade, dever-se-á escolher o que pertencer ao regimento mais tanto, desde que em termos de conhecimentos estejam em igualdade (TÍTULO OITAVO, Artigo II). No que respeita à remuneração dos enfermeiros o regulamento determina que

“os Enfermeiros Ordinários, e Supranumerários terão, além do feu soldo, que vencem como Ajudantes do Cirurgião nos feus respectivos Regimentos, ração do Hofpital, e Cama; os Enfermeiros Móres terão, além do feu Soldo de Ajudantes, ração, e Cama do Hofpital, e o Ordenado que o Ministro da Guerra lhes arbitrar” (TÍTULO OITAVO, Artigo IV).

Dado o crescimento dos efectivos militares, em 1816, foi criado novo regulamento para a organização do exército, o qual não trouxe significativas alterações na organização de saúde.

Em 1862, foi criado o regulamento para o serviço de saúde das províncias ultramarinas, onde estava também determinado o papel da enfermagem. De destacar que neste regulamento se estabelecia que os enfermeiros eram nomeados, e deveriam ser escolhidos de entre os que soubessem ler, escrever e contar, e possuissem aptidão para as funções a desempenhar (GODINHO, 2000, p. 36).

O Regulamento Geral do Serviço de Saúde do Exército, criado em 11 de Novembro de 1909, introduzia novas competências na actuação da enfermagem. Assim,

“compete especialmente aos enfermeiros:

- 1.º Vigiar e manter a boa ordem entre todos os doentes e empregados da enfermaria a seu cargo, suspendendo a dieta ou medicação a qualquer doente que, à hora da sua distribuição, apresente algum acidente que pareça grave, dando immediato conhecimento d’esse facto ao clínico da enfermaria ou ao médico de dia, na ausência d’aquelle;*
- 2.º Requisitar os artigos de limpeza que sejam necessários na enfermaria;*
- 3.º Exigir que os serventes da enfermaria sejam escrupulosos no asseio e limpeza d’esta, e cumpram com pontualidade as ordens que lhes transmitirem;*
- 4.º Responder pela guarda e boa conservação dos artigos de mobília, utensílios e quaesquer outros em carga à enfermaria;*
- 5.º Verificar se os doentes entrados carecem dos preceitos hygienicos de limpeza e desinfecção, dando, em tal caso, immediato conhecimento ao médico de dia para este providenciar como for mais conveniente;*
- 6.º Entregar na arrecadação os artigos de armamento, equipamento e uniforme das praças entradas, e receber os mesmos artigos para os restituir quando essas praças tenham alta;*
- 7.º Assistir à visita clínica acompanhado do enfermeiro ajudante, tomando nota de todas as prescrições, tanto pharmaceuticas como dietéticas, no caderno da visita médica (modelo n.º 1), devendo, logo que termine a visita, verificar se as indicações exaradas no mesmo caderno estão em harmonia com a descripção feita pelo clínico no respectivo boletim;*
- 8.º Receber às horas determinadas, em presença da respectiva requisição, os medicamentos destinados aos doentes da sua enfermaria;*
- 9.º Apresentar-se na cozinha à hora determinada para receberem as dietas e as rações;*
- 10.º Distribuir às horas estabelecidas e à vista do caderno da visita os medicamentos e dietas;*

- 11.º Verificar se os recipientes que devem apresentar na pharmacia, destinados a conter os medicamentos ou outras substâncias, se acham devidamente limpos e se têm a capacidade necessária para as quantidades prescriptas no receituário;*
- 12.º Dar conhecimento aos doentes das disposições da ordem hospitalar que lhes digam respeito;*
- 13.º Vigiar pelo bom procedimento dos doentes e não consentir que lhes sejam fornecidos alimentos ou medicamentos não prescriptos pelo respectivo clínico ou médico de dia;*
- 14.º Vigiar pela limpeza corporal dos doentes, bem como pelo estado de asseio das roupas que lhes estiveram distribuídas, e das de cama, fazendo a sua substituição sempre que se torne indispensável, ainda que fora dos dias consignados no horário para esse efeito;*
- 15.º Effectuar a substituição das roupas nos dias e horas determinados no horário;*
- 16.º Receber diariamente do sargento de dia ao hospital a correspondência destinada aos doentes da enfermaria, e distribui-la;*
- 17.º Communicar ao médico de dia ou ao sargento de dia, no impedimento d'aquelle, qualquer ocorrência extraordinária, logo que ela se dê;*
- 18.º Levar ao conhecimento do respectivo clínico do médico de dia, na ausência d'aquelle, as reclamações ou pedidos apresentados pelos doentes;*
- 19.º Apresentar ao sargento de dia, à hora consignada no horário, as praças que tenham alta no hospital;*
- 20.º Apresentar-se immediatamente no hospital, ao ser reclamada a sua presença;*
- 21.º Coadjuvar o serviço de autópsias” (ORDEM DO EXÉRCITO, 1.ª Série, n.º 19).*

Tal como afirma VIEGAS (2003, p. 44) “este regulamento embora não seja aplicado na sua totalidade nos nossos dias ainda não foi revogado,

encontrando-se pois e para todos os efeitos ainda em vigor, evidentemente com algumas actualizações”.

No que respeita à formação dos enfermeiros, em 1917 é concedida à Comissão de Enfermagem da Cruzada das Mulheres Portuguesas competência para *"(...) criar cursos de enfermagem destinados a preparar enfermeiros para os hospitais militares do país e dos corpos expedicionários"* (GODINHO, 2002, p. 29).

Em 1930, o regulamento das escolas de enfermeiros militares foi criado através do Dec.-Lei n.º 18388 e colocado em execução. No entanto, apenas em 1950, pela portaria n.º 13268, se concede às praças do serviço de saúde possuidoras do curso de sargentos milicianos e o 2º ciclo a carta de enfermeiro militar. E em 1970, esta portaria foi revogada e às praças possuidoras do 2º ciclo e pertencentes ao serviço de saúde do exército é-lhes concedida a especialidade de enfermeiro, podendo obter a carta de enfermeiro militar após cumprirem o tempo de serviço obrigatório findo o curso (GODINHO, 2000, p. 44).

Na década de setenta, a formação dos enfermeiros do exército passa a ser ministrada na Escola de Enfermagem da Armada.

2- ARMADA

A assistência de saúde aos homens da Armada terá tido o seu começo no início do século XVII, pois os doentes que regressavam a terra não tinham apoio hospitalar, porque os hospitais da cidade de Lisboa não possuíam capacidade

para os atenderem (GODINHO, 2000, p. 46). Assim, a Rainha, por alvará régio de 27 de Setembro de 1797, determinou a construção de um hospital para a Real Armada. Esta termina em 1806 e o hospital recebe os primeiros doentes em Novembro do mesmo ano, mas apenas em 1833 se delineia uma dinâmica hospitalar.

A legislação referente à organização e regulamentação da saúde naval surge pela primeira vez em 1835. Em 1856 o hospital da Real Armada sofre melhoramentos e em 1860 é criado o regulamento do Serviço de Saúde Naval. A legislação referente à enfermagem surge no capítulo VIII. Assim, compete ao enfermeiro-mor:

- “1.º responder pelo serviço das enfermarias, da cozinha e da porta, e pela polícia do hospital: são-lhe consequentemente subordinados os enfermeiros, ajudantes, serventes, cozinheiro e porteiro;*
- 2.º visitar frequentes vezes as enfermarias para observar se os enfermeiros, ajudantes e serventes cumprem os seus deveres; se os remédios e dietas são distribuídos a horas competentes, no devido grau de calor e com o maior aceio;*
- 3.º assistir na cozinha à distribuição das dietas;*
- 4.º fazer a chamada dos empregados menores às seis horas da manhã, e dar parte ao cirurgião interno do que ocorrer;*
- 5.º distribuir o serviço dos enfermeiros e serventes; dispor o serviço de noite, e fazer a escala dos enfermeiros e serventes de vela;*
- 6.º vigiar no aceio das roupas e utensílios; que as camas sejam feitas às horas determinadas, a limpeza comece e finde quando o prescreve regulamento, e se cumpram as medidas higiénicas e de polícia (...);*
- 7.º collocar os doentes nas enfermarias indicadas pelo cirurgião interno;*
- 8.º participar diariamente as ocorrências do serviço ao cirurgião interno e ao director”* (REGULAMENTO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1860, p. 19).

No que concerne aos enfermeiros, as suas atribuições são descritas no artigo 66º:

- “1.º estar nas enfermarias às seis horas e meia da manhã para começarem o serviço;*
- 2.º Acompanhar os facultativos nas visitas, e responder pela execução do que elles lhes ordenarem;*
- 3.º Fazer os curativos dirigidos pelo cirurgião interno (...)”* (REGULAMENTO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1860, p. 20).

No que respeita ao serviço de saúde ao bordo dos navios do Estado, existe alguma regulamentação referente à enfermagem, destacando-se os seguintes artigos:

“Art. 228º. – Em todos os navios em que embarcar cirurgião irá um enfermeiro nomeado pelo conselho.

Art. 229º. – Haverá a bordo de cada navio o número de enfermeiros proporcional à sua lotação.

Art. 230.º - Os enfermeiros embarcados em navios surtos no Tejo estarão no Hospital da Marinha desde as onze horas da manhã até as três da tarde, para se exercitarem no cumprimento dos deveres a seu cargo.

Art. 233º.- Os enfermeiros estarão às ordens do cirurgião em tudo o que diz respeito ao tratamento dos doentes, e não serão empregados em outro serviço sem acordo do cirurgião.

Art. 234º.- Os enfermeiros terão a seu cargo:

- 1.º Preparar e administrar as dietas e os medicamentos;*
- 2.º Coadjuvar o cirurgião encarregado da botica na preparação d'estes últimos;*
- 3.º Finalmente, limpar a enfermaria e os doentes no que serão auxiliados pelos serventes”* (REGULAMENTO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1860, p. 44).

Em 1871 é elaborado novo regulamento para o Serviço de Saúde Naval, pertencendo os enfermeiros e serventes ao grupo dos empregados menores do

Hospital da Marinha. Os empregados menores do hospital e os enfermeiros a bordo dos navios de Estado pertenciam à companhia de saúde naval. Segundo o artigo 272.º o quadro da companhia de saúde naval seria formado pelos seguintes elementos:

- “- Nove enfermeiros de 1.ª Classe com a graduação de 1.º sargento;*
- Dezassete enfermeiros de 2.ª Classe com a graduação de 2.º sargento;*
- Dois serventes com a graduação de cabos de esquadra;*
- Onze serventes com praça de soldados” (REGULAMENTO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1871, p. 47).*

O ingresso nesta companhia era precedido de concurso, ao qual podiam concorrer os serventes do hospital e os enfermeiros navais graduados em segundo-sargento.

No regulamento de saúde naval datado de 1886 é já previsto a carreira de enfermeiro naval. Esta iniciava-se no grau de ajudante de enfermeiro, sendo possível após um ano de exercício de prática hospitalar e exame perante um júri com aprovação, a inscrição na escala de promoção a enfermeiro de segunda classe. A ascensão a enfermeiro de primeira classe e posteriormente a sargento-ajudante baseava-se na antiguidade (GODINHO, 2002, p. 29). Os deveres dos enfermeiros são descritos no artigo 218.º do capítulo VIII e incluem:

- “1º- estar nas enfermarias às sete da manhã para começar o serviço;*
- 2º- acompanhar os clínicos nas visitas e responder pela execução do que lhes tenham ordenado;*
- 3º- fazer os curativos prescritos pelos médicos clínicos;*
- 4º- distribuir os remédios e as dietas nas horas marcadas no art. 268º. E extraordinariamente quando lhes tenha sido ordenado pelos clínicos;*
- 5º- entregar na repartição de contabilidade, logo depois da visita, o mapa das dietas para o dia seguinte (...), as papeletas dos doentes que tiveram alta*

e a dos que faleceram, e apresentar também todas as outras papeletas para se conferir as dietas;

6º- declarar nas papeletas dos falecidos a hora dos óbitos;

7º- responder pelos objectos que tenham a seu cargo;

8º- velar na limpeza e arranjo das enfermarias e suas dependências;

9º- cuidar em que as camas dos doentes sejam feitas quando for necessário;

10º- manter a polícia e a boa ordem entre os doentes e os empregados da enfermaria;

11º- cumprir, na parte que lhes pertence, as disposições do art. 268º;

12º- dar conta ao fiscal de todas as ocorrências do serviço das enfermarias”

(REGULAMENTO DA SAÚDE NAVAL, 1886, p. 52).

O regulamento especifica as atribuições dos enfermeiros e ajudantes de vela relativamente ao trabalho nocturno, pelo que é dever dos mesmos:

“1º- rondar frequentas vezes as enfermarias, vigiando se os serventes de vela acodem com prontidão e caridade aos doentes;

2º- executar as prescrições que hajam de cumprir-se durante a noite, apara o que receberá de todos os enfermeiros a competente nota;

3º-dar parte por escripto ao fiscal do que ocorrer durante o serviço;

4º- fornecer do depósito da sua enfermaria a roupa para algum doente que entrar durante a noite, e depois recebê-la do enfermeiro respectivo”

(REGULAMENTO PARA O SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1886, artigo 222º, p. 53).

No regulamento do serviço de saúde naval de 1896 destaca-se a legislação referente ao curso de enfermagem, que era regido por um médico destacado para o efeito e coadjuvado por um enfermeiro de primeira classe em exercício de funções no Hospital da Marinha. O curso constituía-se de duas partes, que no seu conjunto compreendiam um total de dez meses. O programa do curso elaborado pelo médico responsável era obrigatoriamente submetido à aprovação do

conselho de almirantado. Da primeira parte do curso constavam os seguintes conteúdos:

“os deveres gerais dos enfermeiros nas diversas situações em que se pode encontrar:

- cuidados que deverá haver no transporte e tratamento de doentes;*
- modos de administração de medicamentos, banhos, massagens, etc.;*
- pensos mais usados e suas aplicações mais comuns;*
- syntomas a notar na ausência do médico;*
- uso do termómetro clínico, appositos, utensílios e instrumentos cirúrgicos empregados no hospital e a bordo;*
- noções geraes sobre a antisépsia e desinfecção mais usual no hospital e a bordo;*
- serviço de desembarque; conhecimento da ambulância; uso dos medicamentos n'ella contidos; primeiros pensos a fazer nas fracturas, feridas, hemorragias, etc.;*
- regime alimentício dos doentes a bordo; doses dos alimentos e suas principais preparações”* (REGULAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1896, p. 34).

Na segunda parte do curso eram leccionados os seguintes temas:

- “- idea geral do corpo humano e das suas diversas funções;*
- doses máximas e mínimas dos medicamentos mais usuaes;*
- noções elementares sobre primeiros socorros a prestar aos doentes que os reclamarem urgentes, como nos casos de asphyxia, envenenamento, hemorragia, queimadura, ferida, fractura, entorse, luxação, etc.;*
- conhecimento da escripturação para o serviço clínico”* (REGULAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE NAVAL, 1896, p. 34).

Em 1914, o curso passa a ser designado de “curso de enfermeiros navais” e a sua duração é alargada para um período de doze meses, e a progressão na carreira é alterada. Em 1939, o curso passa a ter a duração de dois anos e a

designação de curso de enfermagem. De realçar que entre o primeiro e segundo ano de curso os alunos embarcavam nos navios para tirocínio. Acompanhando a evolução da formação de enfermagem no meio civil, em 1968, é criada a Escola de Enfermagem da Armada, onde se ministrava o curso de enfermagem com a duração de três anos e com um currículo escolar equiparado às escolas de enfermagem civis. Dos três ramos das forças armadas, a Armada foi a única com o curso de enfermagem legalmente instituído, tendo a sua escola sido extinta no final do ano lectivo de 1979/80, dando origem à Escola do Serviço de Saúde Militar (GODINHO, 2002, p. 62).

3- FORÇA AÉREA

Na década de 50, a Força Aérea foi criada como ramo independente das Forças Armadas, pelo que na organização do seu serviço de saúde foi necessário recorrer ao corpo de enfermagem do exército, para satisfazer a necessidade de enfermeiros. A formação dos enfermeiros deste ramo militar foi apoiada pelo exército, que reproduziu na década de sessenta, o modelo de formação ministrado, criando o curso de especialidade de enfermeiro, leccionado no Hospital Militar da BA4, em Terra Chã, na Ilha Terceira, que decorria em dois módulos. O primeiro módulo compreendia a formação da escola de cabos do serviço de saúde e o segundo, com a duração de doze semanas de instrução teórica e quatro meses de estágio, que compreendia a aprendizagem da especialidade de enfermeiro (GODINHO, 2002, p. 30). Do programa do curso constavam cinco áreas de estudo: anatomia (24 horas), fisiopatologia (36 horas), enfermagem (80 horas), instrução técnica e trabalhos práticos (136 horas) e prática nas enfermarias (120 horas), perfazendo no total uma carga horária de 396 horas. O curso ministrado

não tinha paralelismo com a formação e currículo escolar das escolas de enfermagem civis (GODINHO, 2000, p. 68).

Em 1961, foi criado o corpo de enfermeiras pára-quedistas, recrutadas da sociedade civil e detentoras do curso de enfermagem, adquirido em escolas civis. As enfermeiras detentoras do curso geral de enfermagem eram graduadas em oficial, e as possuidoras do curso auxiliar de enfermagem graduadas em sargento. Até 1973, data em que o quadro de vagas foi encerrado foram brevetadas quarenta e oito enfermeiras (GODINHO, 2002, p. 30).

No início da década de setenta torna-se evidente a necessidade de formar enfermeiros em paridade com o modelo civil, cujo curso tinha a duração de três anos lectivos. Embora a vontade fosse enorme, este projecto só virá a concretizar-se em 1978 quando o primeiro grupo de alunos da Força Aérea ingressa na Escola de Enfermagem da Armada (GODINHO, 2000, p. 69).

Em 1980, a formação de enfermeiros para as Forças Armadas tornou-se responsabilidade da Escola do Serviço de Saúde Militar, em Campo de Ourique, criada pelo DL n.º 266/79, e tendo como missão "*(...) formar enfermeiros, técnicos paramédicos e de farmácia, socorristas e outros profissionais de saúde para os três ramos das Forças Armadas*" (GODINHO, 2002, p. 30). Pelo Dec.-Lei n.º 4/94 a Escola Superior de Saúde Militar passa a Estabelecimento de Ensino Superior Politécnico, e o plano de estudos foi construído de modo a permitir a equivalência ao curso superior de enfermagem, embora o plano de estudos seja de responsabilidade conjunta dos ministros da Defesa Nacional, Educação e Saúde, por proposta do Chefe de Estado-Maior do Exército (GODINHO, 2002, p. 31). A 21 de Maio de 1998, a Escola Superior de Saúde

Militar é autorizada pela portaria n.º 314 a conferir o grau de bacharel em enfermagem, com aplicação desde o ano lectivo de 1993-1994. Em 1999, pelo Dec.-Lei n.º 353 de 3 de Setembro são definidas as novas regras relativas ao ensino de enfermagem, inserido no ensino superior politécnico, obrigando à cessação do grau de bacharel a partir do ano lectivo 1999-2000, e não permitindo a atribuição do mesmo após o ano lectivo 2001-2002. Acompanhando esta evolução do ensino em enfermagem, a Escola Superior de Saúde Militar iniciou a formação de base de licenciatura no ano lectivo de 1999-2000, em paralelismo com as escolas de enfermagem civis (GODINHO, 2002, p. 31).

CAPÍTULO IV – A ENFERMAGEM MILITAR EM PORTUGAL

Às Forças Armadas compete a defesa militar da República. São compostas exclusivamente de cidadãos portugueses, sendo a sua organização única para o território nacional. Compete-lhe a satisfação dos compromissos internacionais do Estado Português de cariz militar, assim como a participação em missões humanitárias e de paz assumidas pelas organizações internacionais em que Portugal esteja presente. Compete-lhes ainda a colaboração em missões de protecção civil ou em acções que visem a satisfação de necessidades básicas e melhoria de qualidade de vida das populações, assim como a participação em acções de cooperação técnico-militar (Dec.-Lei n.º 173/04, PARTE III, Título X, artigo 275.º).

A estrutura das Forças Armadas compreende o Estado-Maior-General das Forças Armadas, os três ramos das Forças Armadas: Marinha, Exército e Força Aérea e os órgãos militares de comando, a que correspondem o chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas e os chefes de Estado-Maior dos três ramos (LOBOFA, 1991, artigo 5.º, n.º 1 e 2). Os militares das Forças Armadas prestam serviço efectivo de quatro modos:

- nos quadros permanentes;
- em regime de contrato;
- em regime de voluntariado;
- decorrente de convocação ou mobilização (EMFAR, artigo 3.º).

Definido pelo estatuto dos militares das Forças Armadas os militares têm o dever de estar sempre prontos a defender a Pátria, mesmo que isso exija o sacrifício da própria vida (EMFAR, artigo 9.º). No juramento de bandeira, em cerimónia pública e perante a bandeira nacional o militar *“juro, como português e como militar, guardar e fazer guardar a Constituição e as leis da República, servir as Forças Armadas e cumprir os deveres militares. Juro defender a minha Pátria e estar sempre pronto a lutar pela sua liberdade e independência, mesmo com o sacrifício da própria vida”* (EMFAR, artigo 7.º).

Segundo os regulamentos militares e o disposto na lei os militares (e os enfermeiros militares) têm o dever de obediência que se traduz no *“(...) integral e pronto cumprimento das suas normas, bem como das determinações, ordens e instruções dimanadas de superior hierárquico proferidas em matéria de serviço desde que o respectivo cumprimento não implique a prática de crime”* (EMFAR, artigo 12.º). Têm o dever de dedicar-se ao serviço, desenvolvendo as suas aptidões profissionais e qualidades pessoais necessárias ao desempenho das suas funções (EMFAR, artigo 13.º). O militar deve manter permanente disponibilidade para o serviço, sendo obrigatório a comunicação da sua residência habitual ou ocasional, e em caso de ausência por doença ou licença é obrigado a comunicar o local onde pode ser encontrado ou contactado (EMFAR, artigo 14.º, n.º 1, 2 e 3). Desfrutam dos direitos, liberdades e garantias reconhecidos aos cidadãos portugueses, com a salvaguarda do exercício de alguns direitos e liberdades constitucionalmente previstos e constantes na LDNFA (EMFAR, artigo 18.º). Têm direito a ascender na carreira, a receber formação adequada ao exercício das suas funções e missões em que participam (EMFAR, artigo 25.º).

Por carreira militar entende-se "*(...) o conjunto hierarquizado de postos, desenvolvida por categorias, que se concretiza em quadros especiais e a que corresponde o desempenho de cargos e o exercício de funções diferenciadas entre si*" (EMFAR, artigo 27.º). A hierarquia militar tem por objectivo "*(...) estabelecer, em todas as circunstâncias, relações de autoridade e subordinação entre os militares e é determinada pelos postos, também designados por patentes, antiguidades e precedências previstos na lei*" (EMFAR, artigo 26.º). Os militares agrupam-se em três categorias: oficiais, sargentos e praças, que se dividem em subcategorias às quais correspondem um subconjunto de postos que diferem em autonomia, complexidade funcional e responsabilidade (EMFAR, artigo 28, n.º 1 e 2). Por posto, entende-se "*(...) a posição que, na respectiva categoria, o militar ocupa no âmbito da carreira militar fixada de acordo com o conteúdo e qualificação da função ou funções*" (EMFAR, artigo 28.º, n.º 3). As funções militares implicam o exercício de competências legalmente estabelecidas e classificam-se em comando, direcção ou chefia, estado-maior e execução (EMFAR, artigo 34.º, n.º 1 e 2).

O desenvolvimento da carreira militar traduz-se "*(...) em cada categoria, na promoção dos militares aos diferentes postos (...)*" (EMFAR, artigo 126.º). O acesso em cada categoria militar é feito por promoção, que consiste por norma, na mudança para o posto seguinte da categoria em que o militar se encontra colocado. O militar pode ser promovido por diuturnidade, por antiguidade, escolha, distinção ou a título excepcional (EMFAR, artigo 48.º e artigo 49.º). A promoção exige o cumprimento de quatro condições gerais: cumprimento dos respectivos deveres; exercício eficiente das funções do posto que ocupa; possuir as capacidades e qualidades pessoais, intelectuais e profissionais para o posto seguintes, e ter aptidão física e psíquica adequada (EMFAR, artigo 56.º). A

verificação da satisfação destas condições é feita através da avaliação, do registo disciplinar e de documentos existentes no processo individual do militar (EMFAR, artigo 57.º).

A formação militar, responsabilidade conjunta da instituição militar (que a patrocina) e do militar (que deve mostrar empenhamento) pretende de modo contínuo e oportuno continuar a preparação para o exercício das funções, abrangendo componentes de natureza técnico-militar, científica, cultural e de aptidão física (EMFAR, artigo 72.º). Esta “(...) *envolve acções de investimento, de evolução e de ajustamento e materializa-se através de cursos, tirocínios, estágios, instrução e treino operacional e técnico, consoante a categoria, posto, classe, arma, serviço ou especialidade a que o militar pertence*” (EMFAR, artigo 73.º).

A designação dos militares é feita pelo número de identificação/posto/classe/arma/ serviço ou por especialidade e nome (EMFAR, artigo 111.º).

A enfermagem nas Forças Armadas está presente nos três ramos: Marinha, Exército e Força Aérea, sendo composta exclusivamente por cidadãos portugueses. A enfermagem militar é definida por GOMES (2003, p. 46) “(...) *como a acção dos enfermeiros numa instituição, com uma história e especificidades próprias, não se separando da enfermagem em geral, mas antes enriquecendo-a através das experiências desse mesmo exercício*”. A formação dos enfermeiros militares é igual à dos outros enfermeiros portugueses, exceptuando a componente técnico-científica respeitante à condição militar. PEREIRA (2003, p. 37) defende que

“(...) a formação técnico-científica permite-lhes desenvolver a sua actividade em qualquer unidade de saúde no espaço da União Europeia e não só, respeitando todos os requisitos legais para o seu exercício, e por sua vez, em tempo de guerra possuem a capacidade e o Know how de sobreviver e fazer sobreviver forças amigas, inimigas e civis (...)”.

Na opinião de GOMES (2003, p. 46) *"o que os diferencia dos demais, é apenas o contexto e as condições em que têm de trabalhar, consoante o local e as missões que lhe são atribuídas"*. Os diferentes contextos passam pela actuação numa frente de combate, na evacuação aérea ou terrestre, situações de catástrofe naturais ou provocadas, missões de paz em qualquer país do globo.

No que respeita à formação dos enfermeiros militares verifica-se uma perda da especificidade técnica em prol do paralelismo à formação dos enfermeiros civis.

Os enfermeiros formados na Escola do Serviço de Saúde Militar são integrados na categoria de sargentos. Para o ingresso é necessário possuir o ensino secundário, complementado por formação militar adequada (EMFAR, artigo 130.º, n.º 1). As funções inerentes a esta categoria englobam o comando e chefia, actividades de natureza executiva, técnica, administrativa, logística e de instrução (EMFAR, artigo 130.º, n.º 2). A categoria de sargentos inclui os seguintes postos:

- Sargento-mor (SMOR);
- Sargento-chefe (SCH);
- Sargento-ajudante (SAJ);
- Primeiro-sargento (1SAR);
- Segundo-sargento (2SAR) (EMFAR, artigo 130.º, n.º 3).

O ingresso na categoria de sargentos faz-se no posto de segundo-sargento (EMFAR, artigo 260.º) e a promoção na categoria “(...) *processa-se nas seguintes modalidades*:

- a) *Sargento-mor, por escolha;*
- b) *Sargento-chefe, por escolha;*
- c) *Sargento-ajudante, por antiguidade;*
- d) *Primeiro-sargento, por diuturnidade*” (EMFAR, artigo 262.º).

O acesso ao posto imediato implica um tempo mínimo de permanência em cada posto, que é o seguinte:

- a) Três anos, no posto de segundo-sargento;
- b) Cinco anos, no posto de primeiro-sargento;
- c) Cinco anos, no posto de sargento-ajudante;
- d) Quatro anos, no posto de sargento-chefe (EMFAR, artigo 263.º, n.º 1).

Na Armada, os enfermeiros pertencem à classe de enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica (H) (EMFAR, artigo 266.º, n.º1). Compete a esta sub-classe “(...) *coadjuvar, orientar, realizar e controlar a execução de actividades e tarefas situadas no âmbito da saúde naval e dos sistemas de diagnóstico, em nível adequado à formação adquirida*” (EMFAR, artigo 268.º, alínea e). Não obstante estas funções, são comuns a todos os postos da categoria de sargentos “(...) *a condução, formação e treino de pessoal e a execução de trabalhos técnicos e tarefas de vigilância e polícia e secretariado*” (EMFAR, artigo 269.º, n.º2). No Exército, os enfermeiros pertencem à arma de medicina (MED) (EMFAR, artigo 272.º, alínea a). Na Força Aérea, os enfermeiros estão reunidos na área de apoio, pertencendo à especialidade de serviço de saúde (SS) (EMFAR, artigo 276.º, n.º 1, alínea c).

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES DE ORDEM ÉTICA SOBRE O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM MILITAR

Atendendo ao tema desta dissertação- *“Enfermagem Militar: considerações de ordem ética sobre o seu estatuto e as suas características”*, é importante definir o que entendemos por ética. Assim, para THOMPSON, MELIA e BOYD (2004, p. 5) *“(...) na ética procuramos determinar quais são as condições promotoras do que é bom ou mau para o desenvolvimento dos indivíduos, comunidades, negócios e organizações”*. A legislação, por si só, não torna uma lei justa ou correcta. A lei deve existir para promover o bem-estar humano. A ética preocupa-se com a formulação de regras que definam o que é bem ou mal em determinado contexto.

A enfermagem enquanto profissão é ainda jovem, mas o trajecto até à sua profissionalização não pode ser descurado. Aos enfermeiros militares, ao abrigo do estatuto de condição militar, poder-se-á dizer que lhes são inerentes duas funções: ser enfermeiro e ser militar.

Como refere THOMPSON, MELIA e BOYD (2004, p. 32) *“tornar-se enfermeiro não é apenas uma questão de aquisição de conhecimentos, de aprendizagem de capacidades ou de formas de comportamento a adoptar em contextos específicos. Trata-se, também, de uma questão de assimilação de atitudes e de valores da profissão”*. O enfermeiro deve cuidar os utentes dum

modo que seja reconhecido e considerado correcto pelos outros membros da profissão.

Utilizando as palavras de GOMES (2003, p. 48) ao exercício da enfermagem em contexto militar “(...) *colocam-se problemas éticos e de desempenho próprios (...) não só devido às restrições de direitos, liberdades e garantias quer dos próprios enfermeiros quer dos utentes dos serviços de saúde militares, como [as que derivam das características de] algumas actividades específicas (...)*”. Partindo deste propósito, afinal em que diferem as funções dos enfermeiros militares dos enfermeiros civis? Quais os deveres e direitos comuns ou em que são desiguais? O que é diferente na sua actuação?

Os enfermeiros militares, são cidadãos portugueses (e unicamente) que, dada a sua condição militar, gozam dos direitos, liberdades e garantias constitucionalmente estabelecidos, mas o exercício dos direitos de expressão, reunião, manifestação, associação, petição colectiva e capacidade eleitoral passiva está condicionado pelo previsto na LDNFA. A condição militar é caracteriza-se:

- “a) Pela subordinação ao interesse nacional;*
- b) Pela permanente disponibilidade para lutar em defesa da Pátria, se necessário com o sacrifício da própria vida;*
- c) Pela sujeição aos riscos inerentes ao cumprimento das missões militares, bem como à formação, instrução e treino que as mesmas exigem, quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra;*
- d) Pela subordinação à hierarquia militar, nos termos da lei;*
- e) Pela aplicação de um regime disciplinar próprio;*
- f) Pela permanente disponibilidade para o serviço, ainda que com sacrifício dos interesses pessoais;*
- g) Pela restrição, constitucionalmente prevista, do exercício de alguns direitos e liberdades;*

h) Pela adoção, em todas as situações, de uma conduta conforme com a ética militar, por forma a contribuir para o prestígio e valorização moral das forças armadas;

i) Pela consagração de especiais direitos, compensações e regalias, designadamente nos campos da Segurança Social, assistência, remunerações, cobertura de riscos, carreiras e formação” (BASES GERAIS DO ESTATUTO DA CONDIÇÃO MILITAR, 1989, artigo 2.º).

No que concerne à liberdade de expressão os enfermeiros militares

“(...) têm o direito de proferir declarações públicas sobre qualquer assunto, com a reserva própria do estatuto da condição militar, desde que as mesmas não incidam sobre a condução da política de defesa nacional, não ponham em risco a coesão e a disciplina das Forças Armadas, nem desrespeitem o dever de isenção política e sindical ou o apartidarismo dos seus elementos” (LDNFA, artigo 31.º-A).

Quanto ao exercício do direito de reunião os enfermeiros militares podem convocar ou participar em qualquer reunião convocada legalmente, desde que trajem civilmente e esta não tenha natureza político-partidária ou sindical. A reunião não pode ocorrer no interior de unidades e estabelecimentos militares e não pode interferir na prestação do serviço, nem na sua permanente disponibilidade para o mesmo (LDNFA, artigo 31.º-B). Possuem o direito de participar em qualquer manifestação legalmente convocada, desde que trajem civilmente e sem ostentar símbolos nacionais ou das Forças Armadas, e esta não tenha natureza político-partidária ou sindical (LDNFA, artigo 31.º-C). Portanto, os enfermeiros militares não podem participar nas manifestações legalmente convocadas pelas associações sindicais de enfermagem.

No que respeita à liberdade de associação, os enfermeiros militares têm o direito de fundar qualquer associação, em particular associações profissionais, desde que não tenham natureza político-partidária ou sindical (LDNFA, artigo 31.º- D). Assim, os enfermeiros militares podem constituir associações profissionais, como o fizeram, ao fundar a antiga associação dos enfermeiros militares. Em contrapartida não se podem associar aos sindicatos de enfermagem, que no passado e no presente muito têm contribuído para o desenvolvimento e dignificação da enfermagem no nosso país. Nem tão pouco têm o direito de exercer o direito à greve quando esta for legalmente convocada pelas associações sindicais.

Podem os enfermeiros militares apresentar petições colectivas desde que “(...) *as mesmas não incidam sobre a condução da política de defesa nacional, não ponham em risco a coesão e a disciplina das Forças Armadas nem desrespeitem o dever de isenção política e sindical ou o apartidarismo dos seus elementos*” (LDNFA, artigo 31.º-E). Caso pretendam, podem concorrer a eleições para os órgãos de soberania, do poder local, das regiões autónomas, e parlamento europeu, tendo que para tal requerer a concessão duma licença especial, desde que declarem ser candidatos sem filiação partidária (LDNFA, artigo 31.º-F).

Isto significa que os enfermeiros militares portugueses gozam de menos direitos que os enfermeiros civis, pois estes têm direito a “*exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem*” (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 75.º, n.º 1, alínea a) e “*o respeito pelas suas convicções políticas, religiosas, ideológicas e*

filosóficas” (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 75.º, n.º 2, alínea b).

As modalidades de regime de trabalho aplicáveis aos enfermeiros integrados na carreira de enfermagem são:

- Tempo completo, com a duração de 35 horas semanais;
- Tempo parcial, com a duração de 24 horas semanais;
- Regime de horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 54.º, n.º 1).

Após terem cumprido a sua jornada de trabalho os enfermeiros têm direito a serem substituídos (REPE, artigo 11.º, n.º 2, alínea b). No entanto, caso não seja revezado, o enfermeiro assume o dever de *“manter-se no seu posto de trabalho enquanto não for substituído, quando a sua ausência interferir na continuidade de cuidados”* (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 83.º, alínea e). O horário de trabalho dos enfermeiros militares (pelo menos em contexto hospitalar) é semelhante ao dos enfermeiros civis, pelo que trabalham 35 horas semanais. Como têm o dever de manter permanente disponibilidade para o serviço, ainda que isso implique o sacrifício dos interesses pessoais, são normalmente eles que colmatam as faltas existentes nos seus serviços e eventualmente noutros da instituição militar. A sua substituição após o final da jornada de trabalho, se não se verificar, não constitui, por norma, grande preocupação para os responsáveis pela equipa de enfermagem, pois são militares e portanto, têm de estar disponíveis para o serviço 24 horas por dia.

A enfermagem, nascida e crescida sob influência religiosa e militar, criou uma cultura hierárquica da sua organização, que se mantém extremamente

enraizada entre os enfermeiros e cuja tendência será certamente manter-se. Para THOMPSON, MELIA e BOYD (2004, p. 52) a estrutura organizacional leva a que se surjam problemas com interesse ético, que se podem considerar em três áreas:

- problemas relacionados com a integração do enfermeiro na hierarquia de enfermagem;
- problemas do enfermeiro nas equipas de cuidados de saúde;
- problemas relacionados com a responsabilidade profissional dos enfermeiros.

Numa estrutura tão estratificada e hierarquizada a enfermagem acaba por ainda funcionar de acordo com a premissa do modelo de Florence Nightingale, que refere que os seus membros devem fazer o que lhe mandam. Em determinada situação, um profissional mais jovem pode até possuir melhores conhecimentos em determinada área, e como consequência está mais bem preparado para tomar decisões, mas será tal possível numa estrutura tão hierarquizada? THOMPSON, MELIA e BOYD (2004, p. 58) respondem a esta questão dizendo que

“(...) é incómodo para os enfermeiros menos experientes questionarem os mais qualificados. A solução prática mais fácil para esta situação talvez seja cumprirem com o que o enfermeiro mais experiente quer, em vez de continuarem a debater o assunto com ele, mesmo que este seja apologista de que a prática da enfermagem deve ser fundamentada em resultados de trabalhos de investigação”.

Uma instituição de saúde, seja um hospital ou um centro de saúde, emprega equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, auxiliares de acção médica, pessoal administrativo, pessoal de limpeza, e para que o seu funcionamento seja eficiente é necessário a

existência clara da divisão de trabalho, assim como a compreensão de papéis, responsabilidades e hierarquia de comando, para que se consiga trabalhar para um fim comum.

A carreira de enfermagem conduz à seguinte estrutura hierárquica:



Figura 1 – Estrutura hierárquica da carreira de enfermagem

Os enfermeiros nível 1: enfermeiro e enfermeiro graduado e o enfermeiro especialista (nível 2) hierarquicamente devem obediência ao enfermeiro chefe, ao qual compete:

- a) Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;*
- b) Promover e colaborar na definição ou actualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;*
- c) Determinar as necessidades em enfermeiros, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e*

adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;

d) Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;

e) Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às actividades de enfermagem;

f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;

g) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respectiva avaliação;

h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;

i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;

j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;

l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;

m) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;

n) Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;

o) Promover a divulgação da unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;

p) Criar condições para que sejam efectuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;

q) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/ cuidados de enfermagem;

- r) Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;*
- s) Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;*
- t) Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;*
- u) Criar condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique” (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 8.º, n.º 1).*

Os enfermeiros militares têm o dever de obediência ao superior hierárquico, no que respeita ao integral e pronto cumprimento das determinações, ordens e instruções dimanadas em matéria de serviço, exceptuando nos casos em que implique prática de crime (EMFAR, artigo 12.º).

De realçar, que o cargo de enfermeiro chefe não existe nas Forças Armadas, pois os enfermeiros são apenas encarregados de serviço, e como refere GOMES (2003, p. 48) “*é-lhes (...) vedado o desenvolvimento integral da sua profissão, impossibilitando-os não só da coordenação, chefia e planeamento do respectivo sector profissional, como do exercício da gestão, investigação, docência e assessoria técnica (...)*”. Os chefes de serviço são os médicos, que chefiam a enfermagem e impedem o exercício da autonomia da mesma.

Nas equipas de saúde, a principal origem de conflito situa-se, provavelmente, na relação entre a enfermagem e o exercício da medicina (THOMPSON, MELIA e BOYD, 2004, p. 60). Estes problemas englobam-se na

dimensão do poder, sobre quem tem a autoridade máxima e o controlo sobre os cuidados aos doentes.

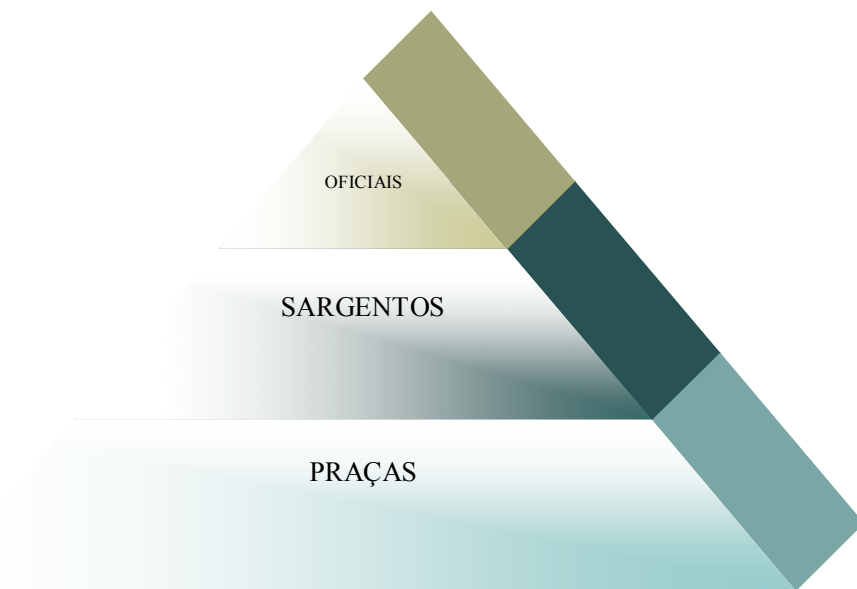


Figura 2 – Estrutura hierárquica da carreira militar

O código deontológico dos enfermeiros no artigo 91.º – Dos deveres para com as outras profissões refere que o enfermeiro assume o dever de:

- “a) Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;*
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;*
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, p. 59).*

A função dos enfermeiros civis e militares pretende-se idêntica, ou seja, ambos prestam cuidados de enfermagem, mudando apenas o contexto em que exercem a sua actividade. Os cuidados de enfermagem

“(...) tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p. 5).

No entanto, o que em algumas situações se verifica é o que os enfermeiros militares, pelo facto de pertencerem à classe de sargentos, à qual são acrescidas outras funções, por exemplo, e citando GOMES (2003, p. 47)

“(...) os enfermeiros em navios são desviados para outras missões, nomeadamente quarto à ponte (navegação) e fiscalização de pescas (ir de bote a barcos de pesca). Estas atribuições podem por vezes, prejudicar o desempenho dos enfermeiros (falta de descanso) e tornar-se até perigosa, por retirar o enfermeiro do navio, quando poderá eventualmente fazer falta”.

De realçar, que os serviços de saúde dos navios possuem apenas um enfermeiro, podendo em algumas missões específicas levar um médico militar. Portanto, o que se verifica é que os enfermeiros são por ordens superiores afastados do seu local de trabalho, para exercer outras funções inerentes à classe de sargentos, sem serem substituídos.

Os enfermeiros civis e militares obtêm a sua formação nas escolas superiores de enfermagem, mas os militares obtiveram a sua em escola própria: a Escola do Serviço de Saúde Militar. O artigo 71.º do EMFAR menciona que “o

ensino ministrado em estabelecimentos militares tem como finalidade a habilitação profissional do militar, a aprendizagem de conhecimentos adequados à evolução da ciência e da tecnologia e, bem assim, ao seu desenvolvimento cultural”, integrando-se nos sistemas educativo e formativo nacionais.

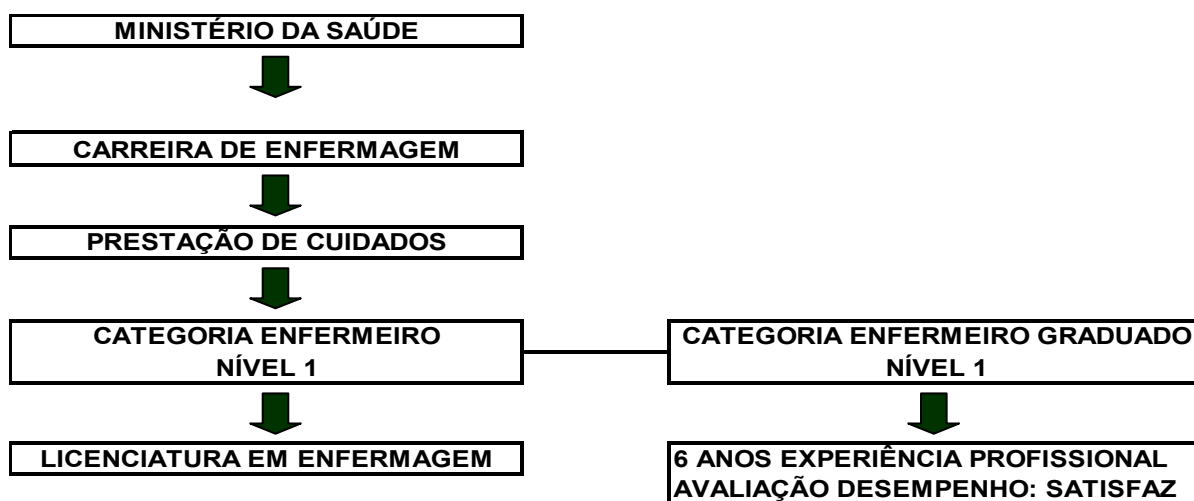
O plano de estudos é semelhante, com a excepção da formação militar ministrada na Escola do Serviço de Saúde Militar, e como diz GOMES (2003, p. 47) “*é (...) uma Escola de Enfermagem que, em termos de qualidade de ensino, é idêntica às civis, apenas com um grande senão: não é dirigida por enfermeiros, isto é, o seu director não é um enfermeiro, como a lei estipula para as escolas civis (...)*”. Tal realidade contrasta com a das outras escolas de enfermagem do país, que desde 1972 são dirigidas por enfermeiros. Esta premissa já era preconizada por Florence Nightingale que à 150 anos atrás defendia que o ensino da enfermagem deveria ser feito por enfermeiros.

No ano lectivo de 2006/2007, por protocolo assinado entre as Forças Armadas e a Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, esta passou a ministrar a formação aos futuros enfermeiros militares, continuando a seriação dos candidatos militares a ser responsabilidade de cada um dos ramos das Forças Armadas, e a formação militar ministrada em instituições militares e paralelamente à frequência da licenciatura em enfermagem. As principais razões que levaram a esta alteração prendem-se com alguns dos factos acima apontados, pois a missão da Escola de Serviço de Saúde Militar não se prendia apenas com o ensino da enfermagem, confundindo-se algumas vezes com uma escola de enfermagem, não tendo sido esse o propósito para que foi criada.

Na carreira militar os princípios que orientam o seu desenvolvimento são os seguintes:

- “a) Do primado da valorização profissional- valorização da formação militar, conducente à completa entrega à missão;*
- b) Da universalidade- aplicabilidade a todos os militares que voluntariamente ingressam nos QP;*
- c) Do profissionalismo- capacidade de acção, que exige conhecimentos técnicos e formação científica e humanística, segundo padrões éticos institucionais, e supõe a obrigação de aperfeiçoamento contínuo, tendo em vista ao exercício das funções com eficiência;*
- d) Da igualdade de oportunidades- perspectivas de carreira semelhantes nos vários domínios da formação e promoção;*
- e) Do equilíbrio- gestão integrada dos recursos humanos, materiais e financeiros, por forma a ser obtida a coerência do efectivo global autorizado;*
- f) Da flexibilidade- adaptação atempada à inovação e às transformações de crescente complexidade decorrentes do progresso científico, técnico, operacional e organizacional, com emprego flexível do pessoal;*
- g) Da mobilidade- faculdade de compatibilizar os interesses da instituição militar com as vontades e interesses individuais;*
- h) Da credibilidade- transparência dos métodos e critérios a aplicar”*
(EMFAR, artigo 125.º).

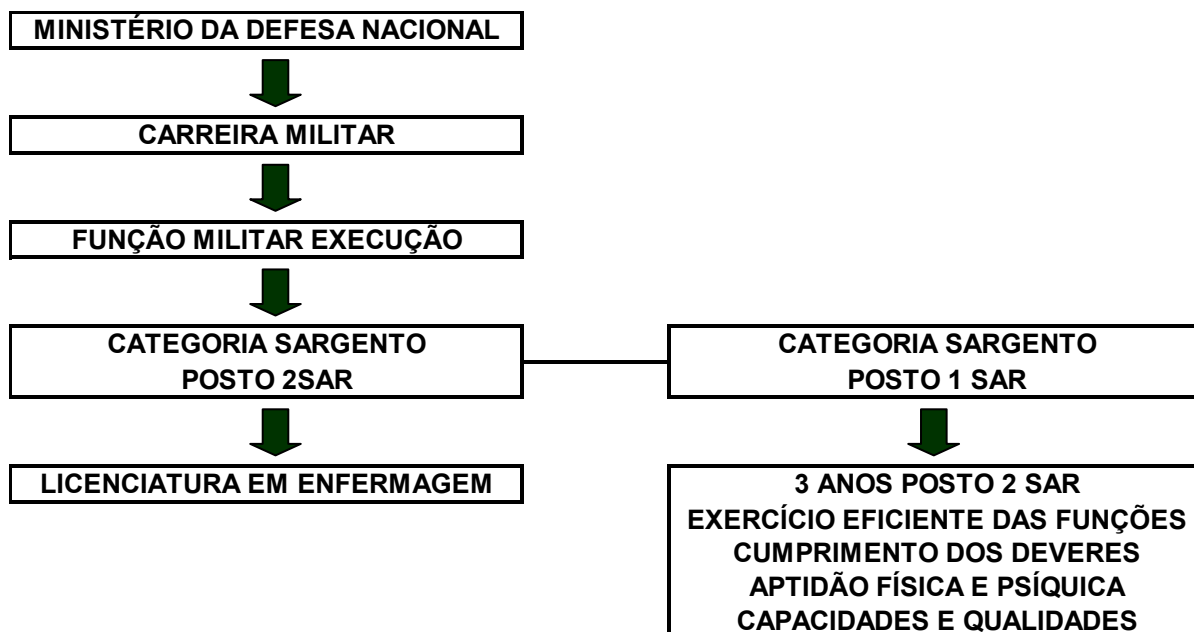
No esquema seguinte refere-se a forma de ingresso de progressão na carreira de um enfermeiro civil.



Quadro 1 – Ingresso de recém-formado em enfermagem na carreira de enfermagem

Obtido o título profissional de profissional de enfermeiro, o ingresso na carreira de enfermagem faz-se pela categoria de enfermeiro, que corresponde à área de actuação de prestação de cuidados. O acesso à categoria de enfermeiro graduado “(...) *depende da permanência de um período de seis anos de exercício de funções na categoria de enfermeiro com avaliação de desempenho de Satisfaz (...)*” (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 11.º, n.º 1) e “(...) *adquire-se automática e oficiosamente na data em que se encontrem reunidos os requisitos referidos (...)*” (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 11.º, n.º 2).

A progressão dentro de cada categoria (mudança de escalão) verifica-se após a permanência de três anos no escalão anterior e avaliação de desempenho de Satisfaz (Dec.-Lei n.º 437/91, artigo 17.º), como se refere no esquema seguinte:



Quadro 2 – Ingresso de recém-formado em enfermagem na carreira militar

Após terminar com aprovação a licenciatura em enfermagem na escola superior de saúde militar, o militar obtém o título profissional de enfermeiro que lhe permite a entrada nas instituições de saúde militares para o exercício da profissão e o prosseguimento na carreira militar, visto que durante a frequência do curso de enfermagem já havia ingressado na mesma.

Os enfermeiros ingressam na categoria de sargentos, no posto de segundo-sargento, e a sua promoção ao posto de primeiro-sargento processa-se por diuturnidade, que “(...) *consiste no acesso ao posto imediato, independentemente da existência de vacatura, desde que decorrido o tempo de permanência no posto e satisfeitas as demais condições de promoção (...)*” (EMFAR, artigo 50.º).

Mas, o que é interessante é que para pertencer à categoria de sargentos, os enfermeiros poderiam ter dispensado os quatro anos de estudo, pois o ensino

secundário é o requisito necessário para o ingresso na categoria de sargentos. O facto de os enfermeiros possuírem uma licenciatura em nada influi na sua progressão na carreira militar, isto por terem escolhido um curso ao qual pouco reconhecimento é prestado nas Forças Armadas. As palavras de GOMES (2003, p. 48) reforçam esta realidade visto que “(...) a formação superior dos enfermeiros, feita através da própria instituição militar, que lhes atribui o título académico de licenciado, ser a única que não é reconhecida nas Forças Armadas, o que revela uma desigualdade de tratamento inqualificável, em termos de estatuto militar e profissional”.



Quadro 3 – Ingresso na carreira militar na categoria de sargento

O posto imediato ao de Primeiro-Sargento é o de Sargento-Ajudante, ao qual se acede por promoção por antiguidade, que consiste “(...) no acesso ao posto imediato, mediante a existência de vacatura, desde que satisfeitas as condições de promoção e mantendo-se a antiguidade relativa” (EMFAR, artigo

50.º). O que se tem verificado é a inexistência de vagas para promoção a Sargento-Ajudante, pelo que um número significativo de enfermeiros militares se encontrava há cerca de catorze anos no posto de Primeiro-sargento e sem expectativas de progressão. Apenas por criação de diploma próprio pelo anterior Ministro da Defesa conseguiram aceder ao posto seguinte da categoria de sargentos.

O artigo 116.º do EMFAR menciona que o militar tem direito “(...) *a aceder aos postos imediatos dentro da respectiva categoria, segundo as aptidões, competência profissional e tempo de serviço que possui, de acordo com as modalidades de promoção e as vagas existentes nos respectivos quadros especiais*”. Talvez esperar catorze anos para mudar de posto seja um tempo demasiado longo para quem o deseja alcançar. Como refere VIEGAS (2003, p. 45) “*a ascensão na carreira faz-se pela antiguidade e avaliação de pressupostos militares comuns a toda a classe de sargentos independentemente da sua especialidade, da mesma forma pouca importância tem nesta ascensão a valorização profissional*”.

Esta realidade contraria claramente o pensado para a carreira de enfermagem, pois como é mencionado no Dec.-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro “*construiu-se, assim, uma estrutura de carreira e previu-se uma promoção na mesma que tenha em conta a actual e a futura formação dos enfermeiros, valorizando também outras formações que os mesmos possam obter fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que a ela possam ser aplicadas (...)*”.

A antiguidade nas Forças Formadas é o requisito que mais se valoriza e considera-se que “*a antiguidade do militar em cada posto reporta-se à data*

fixada no respectivo documento oficial de promoção, considerando-se de menor antiguidade o promovido em data mais recente (...)” (EMFAR, artigo 29.º). No caso de possuírem igual antiguidade no posto de ingresso na categoria e se encontrarem a prestar serviço da mesma forma é considerado mais antigo o habilitado com formação académica de nível mais elevado (EMFAR, artigo 30.º, n.º 3). Os militares promovidos a posto igual ou correspondente e que possuam o mesmo tempo de serviço no posto, se prestarem serviço nos quadros permanentes, são considerados mais antigos que os que prestam em regime de contrato, e estes últimos são mais antigos que os militares em regime de voluntariado (EMFAR, artigo 30.º, n.º 1 e 2).

Em 1998, através da criação dos cursos de oficiais técnicos de enfermagem, foi possível o ingresso na classe de oficiais a um número restrito de enfermeiros, iniciando no posto de alferes e podendo aceder ao posto de coronel (muito poucos o conseguirão). Para ingressar na categoria de oficiais é exigida:

- Licenciatura em Ciências Militares;
- Licenciatura ou equivalente, que deve ser complementada no caso de militares admitidos por concurso, por curso, tirocínio ou estágio;
- Curso de oficiais com o nível de bacharelato;
- Bacharelato ou equivalente, que deve ser complementada no caso de militares admitidos por concurso, por curso, tirocínio ou estágio (EMFAR, artigo 129.º, n.º1).

Os enfermeiros, colocados na categoria de sargentos até ao posto de sargento-ajudante podem concorrer à frequência de cursos que permitam o ingresso na categoria de oficiais desde que satisfaçam três condições:

- 1- Possuir as habilitações exigidas;

- 2- Não exceder os 38 anos de idade;
- 3- Ficar aprovado nas provas do concurso de admissão ao curso e ser seleccionado para o preenchimento das vagas (EMFAR, artigo 265.º, n.º 1).

Na Marinha, os militares licenciados em enfermagem que ingressam na categoria de oficiais pertencem à classe dos técnicos de saúde (TS), e ingressam no posto de sub-tenente. Aos oficiais desta classe

“(...) incube especialmente (...) [a] direcção, inspecção e execução de actividades relacionadas com a prestação de serviços na área de saúde nos comando, forças, unidades, serviços, hospitais postos médicos, exercício de funções nas juntas médicas da Armada e noutros organismos que no âmbito da saúde requeiram conhecimentos técnico-profissionais da classe, bem como participar em trabalhos no âmbito de pedagogia aplicada ao pessoal prestando serviço ou que se destine a prestar serviço nesta área (...)”
(EMFAR, artigo 224.º, alínea h).

No Exército, os enfermeiros pertencem ao serviço técnico de enfermagem e diagnóstico e terapêutica (TEDT) e ingressam no posto de alferes (EMFAR, artigo 235.º, n.º 1, alínea c). Na Força Aérea estão incluídos na área funcional de apoio, pertencendo ao quadro especial de técnicos de apoio de saúde (TS), e ingressam na categoria de oficiais, no posto de alferes (EMFAR, artigo 247.º, n.º 1, alínea c). Aos oficiais dos quadros especiais de técnicos pertence a chefia de órgãos e serviços da Força Aérea e o exercício de funções específicas intrínsecas às respectivas qualificações técnico-profissionais, previstas na regulamentação própria da Força Aérea” (EMFAR, artigo 251.º, n.º 4).

Desconhecendo o conteúdo das funções específicas intrínsecas à qualificação de enfermeiro previstas na regulamentação própria da Força Aérea, é de realçar que é atribuição exclusiva da Ordem dos Enfermeiros “(...) o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 3.º, n.º 1).

A atribuição do título profissional de enfermeiro, o seu uso e o exercício da profissão de enfermeiro dependem da inscrição na Ordem dos Enfermeiros e são atribuição específica e exclusiva da Ordem dos Enfermeiros (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 6.º, n.º 1). A Ordem goza de personalidade jurídica sendo sua competência exercer jurisdição disciplinar sobre os enfermeiros (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 3.º, n.º 2, alínea h). Os enfermeiros militares gozam de dupla jurisdição: resultante do exercício da profissão de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros e da condição militar, segundo a disciplina militar.

A avaliação do mérito dos enfermeiros militares é obtida através da apreciação do currículo, dando-se particular ênfase à avaliação individual (EMFAR, artigo 80.º, n.º 1). A avaliação é obrigatória, individual, contínua e periódica (não deve exceder o período de um ano); é uma atribuição do superior hierárquico e deve “(...) estar subordinada a juízos de valor precisos e objectivos, de modo a evitar julgamentos preconcebidos, sejam ou não favoráveis” (EMFAR, artigo 81.º e artigo 84.º). A finalidade da avaliação individual é:

“a) Seleccionar os mais aptos para o desempenho de determinados cargos e funções;

- b) Actualizar o conhecimento do potencial humano existente;*
- c) Avaliar a adequabilidade dos recursos humanos aos cargos e funções exercidos;*
- d) Compatibilizar as aptidões do avaliado e os interesses da instituição militar, tendo em vista a crescente complexidade decorrente do progresso científico, técnico, operacional e organizacional;*
- e) Incentivar o cumprimento dos deveres militares e o aperfeiçoamento técnico-militar” (EMFAR, artigo 82.º).*

A avaliação contemplada na carreira de enfermagem é específica para a enfermagem, ao contrário da avaliação preconizada para a carreira militar, que abrange todos os militares na efectividade de serviço. Sendo uma atribuição do superior hierárquico, no caso dos enfermeiros militares será possível que a avaliação não seja realizada por um membro da mesma classe profissional, como acontece no meio civil, onde a avaliação dos enfermeiros só pode ser feita por enfermeiros, devendo o avaliador possuir categoria superior à do avaliado e possuir, no mínimo, um ano de contacto funcional com o avaliado (Dec.-Lei n.º 412/98, artigo 48.º). No que respeita à metodologia e finalidade as avaliações são também distintas, pois a militar é descendente e a sua finalidade é a correcta gestão de pessoas, visando principalmente o desenvolvimento da instituição. Na avaliação da carreira civil o próprio enfermeiro assume a responsabilidade de auto-avaliar livremente o seu desempenho, através da elaboração de um relatório crítico de actividades. Nesse relatório enumera os pontos fortes e fracos, como poderá reforçar e como poderá melhorar os resultados pessoais.

A avaliação deve proporcionar benefícios para a organização e para as pessoas que nela exercem a sua actividade. Os próprios avaliados necessitam receber retroacção a respeito do seu desempenho para saberem como estão a

realizar o seu trabalho, pelo que no fundo, o principal interessado na avaliação é o próprio enfermeiro, seja ele militar ou civil. Como refere FIGUEIRA (2004, p. 21) *“tal como as necessidades comer, beber, dormir, dar e receber afecto, também desenvolvermo-nos, aperfeiçoarmo-nos...sermos profissionais autónomos, livres, capazes de responder aos deveres e de adquirir direitos, são necessidades hierarquicamente tão importantes como as primeiras”*.

Os enfermeiros têm o dever de se manterem actualizados no que se respeita ao conhecimento essencial à sua profissão, pois não chega terminar o curso e considerar que não existe necessidade de continuar a formação. A competência e o aperfeiçoamento profissional são valores universais a observar na relação profissional, assim como a excelência do exercício, que o enfermeiro deve procurar em todo o acto profissional. Para isso, o enfermeiro assume o dever de:

- “a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;*
- b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;*
- c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;*
- d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade dos cuidados;*
- e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade dos mesmos;*
- f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 88.º).*

A excelência profissional é um requisito ético. Como diz NUNES (2004, p. 4) a ética da enfermagem “(...) *pretende pensar o agir de ser enfermeiro, porquanto a enfermagem tem um mandato social e uma **Responsabilidade específica**, tem **Princípios orientadores e Valores universais**”.*

A actividade dos enfermeiros deve ser orientada pelos seguintes princípios:

- A responsabilidade pertencente ao papel assumido perante a sociedade;
- O respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- A excelência do exercício na profissão e na relação com os outros profissionais (ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998, artigo 78.º, n.º 3).

O código deontológico dos enfermeiros no artigo 78.º instituiu que são valores universais a observar na relação profissional:

- A igualdade;
- A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
- A verdade e a justiça;
- O altruísmo e a solidariedade;
- A competência e o aperfeiçoamento profissional.

O princípio da igualdade, artigo 13.º da Constituição da República (2004, p. 4652) recorda que “*ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual*”. Realmente, após o que foi referido anteriormente não será

demais dizer que em determinadas circunstâncias os enfermeiros militares, são prejudicados em função da sua instrução, porque o facto de serem licenciados em enfermagem condiciona negativamente a sua posição na carreira militar.

Aproveitando a expressão de THOMPSON, MELIA e BOYD (2004, p. 80) que refere que “(...) a ética da enfermagem necessita de manter um equilíbrio entre a satisfação no trabalho e a realização pessoal. Ambas são eticamente importantes numa carreira de enfermagem, uma vez que sem salientar adequadamente as necessidades da enfermeira, a qualidade dos cuidados pode ressentir-se”. E porque a relação satisfação no trabalho ↔ realização profissional é uma realidade evidente nos tempos actuais, é imperativo que as entidades e organismos que podem e devem encontrar soluções para as questões levantadas as procurem. Compete também à Ordem dos Enfermeiros procurar as iniciativas regulamentares necessárias que permitam encontrar uma solução satisfatória para os problemas da enfermagem militar e dos enfermeiros militares. Pois, como menciona GOMES (2003, p. 48) “é preciso assegurar que a enfermagem praticada em Portugal, qualquer que seja o contexto em que é exercida, parta dos mesmos princípios, dos mesmos conteúdos funcionais, das mesmas nomenclaturas, da mesma linguagem, adaptando-se depois às realidades diversas das várias regiões”.

II PARTE

ENFERMAGEM MILITAR: TENTATIVA DE AVALIAÇÃO DO SEU EXERCÍCIO

CAPÍTULO VI – INTRODUÇÃO

Na segunda parte deste trabalho académico pretendo facultar dados obtidos pessoalmente sobre o exercício da enfermagem em meio militar. A enfermagem teve as suas raízes históricas e a inspiração inaugural do seu exercício nos meios castrenses. Mas ao longo dos anos e do desenvolvimento das sociedades, a enfermagem tornou-se um elemento decisivo na organização, na administração e no exercício de todos os domínios da prestação de cuidados de saúde, quer nos da saúde pública, quer nos da prevenção, da terapêutica e da reabilitação das doenças. A enfermagem é, hoje, fundamentalmente, uma actividade da sociedade civil, constituindo um pilar nuclear, sobretudo nos cuidados de saúde ambulatoriais e nos cuidados hospitalares.

E como evoluiu o exercício da enfermagem nos serviços de saúde militares? As instituições castrenses, à priori, condicionam a prática de enfermagem porque os enfermeiros vivem rodeados de um ambiente militar, têm um estatuto e uma carreira militares, estão integrados numa disciplina militar e exercem a sua actividade prosseguindo objectivos definidos pela hierarquia militar. Mas estas condições, dando um formato ao exercício da profissão, favorecem ou limitam o exercício da enfermagem?

A segunda parte do meu trabalho pretende encontrar uma resposta, ainda que limitada e parcial, a estas perguntas, tendo como base as respostas dos enfermeiros militares a um questionário estruturado elaborado intencionalmente com este objectivo. Constitui assim uma tentativa de avaliação de opiniões dos

próprios enfermeiros militares sobre o exercício da enfermagem em condição militar. Sendo a temática incluída neste estudo considerada como melindrosa no seio da instituição castrense, houve alguns condicionamentos que pesaram na elaboração e nos resultados do trabalho. Os objectivos fundamentais do estudo consistiram na avaliação do estatuto e das condições do exercício de enfermagem pelos próprios enfermeiros, bem como na avaliação do modo como a condição militar poderá eventualmente condicionar o exercício da profissão de enfermeiro. O trabalho insere-se num domínio por mim conhecido e está apoiado na minha própria prática profissional.

Em 2006, os três ramos das Forças Armadas contavam, na sua totalidade, com o seguinte pessoal de enfermagem (MARQUES, 2006, p.5):

Pessoal de Enfermagem

	MILITARES	CIVIS
Marinha	171	7
Exército	153	102
Força Aérea	97	44

Quadro 4 – Existências de pessoal de enfermagem em 2006

Dada a limitada dimensão dos hospitais militares permitindo apenas o estudo em amostras populacionais reduzidas, programei o trabalho no sentido de obter a opinião dos enfermeiros nos três hospitais militares existentes em Lisboa: Hospital Militar Principal, Hospital da Marinha e Hospital da Força Aérea. Não foi possível conseguir esse objectivo visto que apenas tive autorização para aplicação dos questionários no Hospital da Força Aérea. O trabalho teve outras

limitações que se relacionam com o factor tempo, visto que, tratando-se de um trabalho académico, exigirá necessariamente o cumprimento de prazos definidos e limitados. Outros condicionamentos do trabalho tiveram origem na relutância de alguns enfermeiros em responder ao questionário, apesar de todas tentativas de explicação fornecidas pela autora.

Os objectivos explícitos do estudo foram os de conhecer e avaliar as opiniões dos enfermeiros sobre o estatuto, a carreira e a prática profissional dos enfermeiros integrados na carreira militar e o modo como a condição militar poderá condicionar, favorecendo ou limitando a prestação da actividade profissional, quando comparada com a actividade dos enfermeiros civis, dando ênfase às questões éticas ligadas à enfermagem.

CAPÍTULO VII – METODOLOGIA

Atendendo à natureza da informação que pretendia obter, optei pela aplicação de um questionário estruturado como instrumento de colheita de dados, visto que permite rapidez na recolha e análise dos dados e garante o anonimato das respostas. Após ter elaborado uma primeira lista de perguntas relacionadas com as questões em estudo ouvi a opinião do orientador da dissertação e dos enfermeiros do Hospital da Força Aérea, responsáveis pela gestão dos serviços de internamento. Das perguntas inicialmente formuladas fiz a exclusão de diversas por se admitirem inconvenientes, redundantes ou inúteis. Realizei posteriormente um pré-teste a três enfermeiros do Hospital da Força Aérea. Estes não demonstraram dificuldades na compreensão do teor e na interpretação das perguntas, pelo que optei por manter as perguntas e a sua sequência no questionário final.

Os questionários foram distribuídos e recolhidos durante o mês de Setembro e Outubro de 2006. A amostra incluída no estudo é constituída exclusivamente por enfermeiros de carreira militar e civil, em exercício de funções no Hospital da Força Aérea, em serviços de internamento (Medicina, Cirurgia, Ortopedia e Especialidades Cirúrgicas), no bloco operatório, na unidade de cuidados pós-anestésicos, no Hospital de Dia de Quimioterapia, no Serviço de Assistência e na Farmácia Hospitalar, que no total perfazem quarenta e quatro profissionais de saúde.

O questionário aplicado é de características mistas, com nove perguntas fechadas e uma pergunta aberta. Passo a referir-me ao conteúdo de cada uma das questões incluídas no questionário:

Questão n.º 1 – Refere-se às características pessoais dos inquiridos, no que se refere à idade, sexo e profissão.

Questão n.º 2 – *“Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”*.

Questão n.º 3 – *“A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”*.

Questão n.º 4 – *“Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”*.

Questão n.º 5 – *“A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”*.

Questão n.º 6 – *“A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”*.

Questão n.º 7 – *“Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”*.

Questão n.º 8 – *“E honram-se com isso?”*.

Questão n.º 9 – *“Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”.*

Questão n.º 10 – *“A Enfermagem Militar tem tido extrema importância na evolução da história da enfermagem, quer em tempo de paz, quer em tempo de guerra. Nas actuais circunstâncias presta insubstituíveis serviços de vital importância em salvamentos de pessoas em condições difíceis e a populações sujeitas a catástrofes, a manifestações de hostilidade, a actos de terrorismo e a guerras. Acha que o enquadramento militar condiciona positivamente ou negativamente o exercício da enfermagem? Porquê?”.*

Para o tratamento dos dados obtidos nas perguntas fechadas decidi utilizar o programa informático Microsoft Excel, por estar familiarizada com o mesmo e o considerar adequado para o tratamento dos resultados. A metodologia utilizada para o tratamento dos dados obtidos na pergunta aberta foi a análise de conteúdo. Após a análise cuidada do conteúdo obtido, procedi à classificação dos dados obtidos e criei três categorias: 1 - condiciona positivamente; 2 - condiciona negativamente; e 3 – não condiciona. Em cada categoria criei subcategorias por onde reparti os dados e procedi à contagem das frequências das respostas obtidas em cada uma. Foi assim possível elaborar os quadros de síntese que me permitiram a interpretação dos dados obtidos. Intencionalmente apenas apresento estatísticas descritivas, recorrendo a tabelas e gráficos, não tendo aplicado métodos de inferência estatística pelo facto de ter usado uma amostra de circunstância e de pequena dimensão, que não permitia a generalização dos resultados em qualquer circunstância.

CAPÍTULO VIII – RESULTADOS

1 – RESULTADOS OBTIDOS À PRIMEIRA QUESTÃO

Características pessoais dos inquiridos, no que se refere ao sexo, idade e profissão.

Dos quarenta e quatro enfermeiros inquiridos, trinta e cinco são do sexo masculino e nove do sexo feminino (ver tabela I e gráfico 1).

Sexo

Sexo	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Masculino	35	80%
Feminino	9	20%
Total	44	100%

Tabela I – Distribuição dos inquiridos por sexo

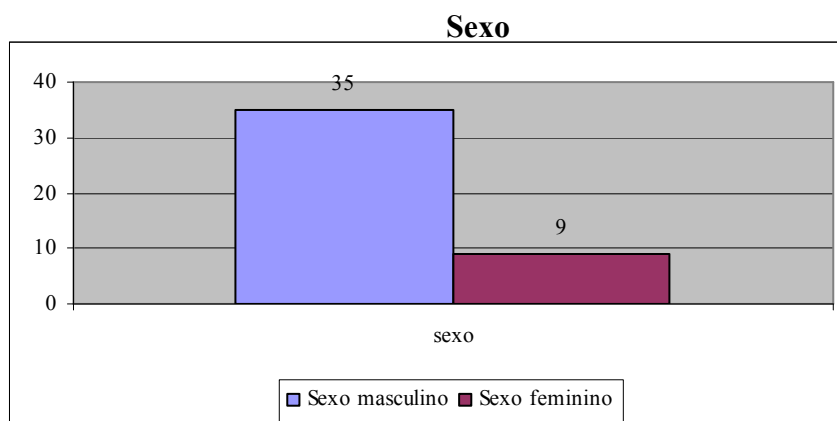


Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por sexo

No que concerne à situação profissional dos inquiridos, 75% são enfermeiros militares e os restantes 25% são enfermeiros civis, do quadro permanente do hospital da Força Aérea, sendo esta terminologia comum e certamente exclusiva dos hospitais militares (ver tabela II e gráfico 2).

Profissão

Profissão	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Enfermeiro Militar	33	75%
Enfermeiro Civil	11	25%
Total	44	100%

Tabela II – Distribuição dos inquiridos por profissão

Profissão

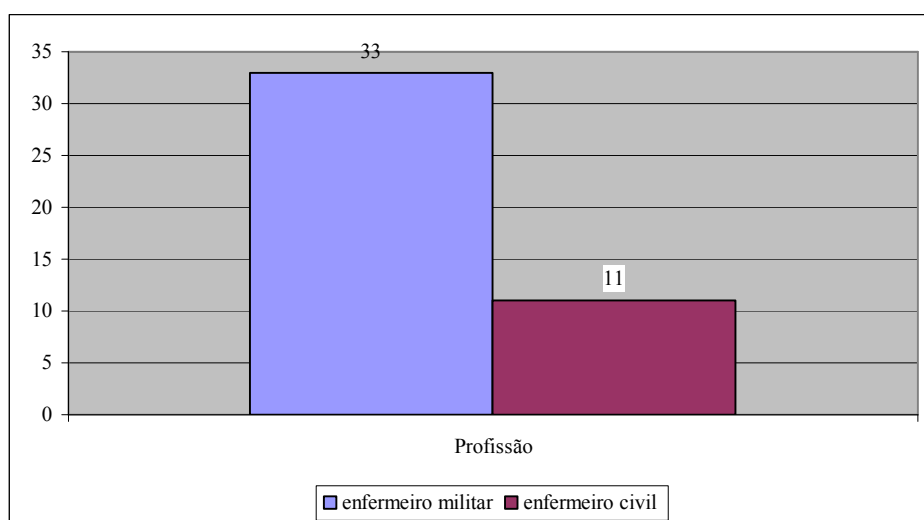


Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por profissão

No que respeita à distribuição por situação profissional e sexo, os inquiridos são compostos por vinte e nove enfermeiros militares e quatro enfermeiras militares, enquanto os enfermeiros civis são formados por seis

profissionais do sexo masculino e cinco do sexo feminino (ver tabela III e gráfico 3).

Profissão – Sexo

Profissão+Sexo	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
Enfermeiro Militar	29	66%
Enfermeira Militar	4	9%
Enfermeiro Civil	6	14%
Enfermeira Civil	5	11%
Total	44	100%

Tabela III – Distribuição dos inquiridos por profissão e sexo

Profissão – Sexo

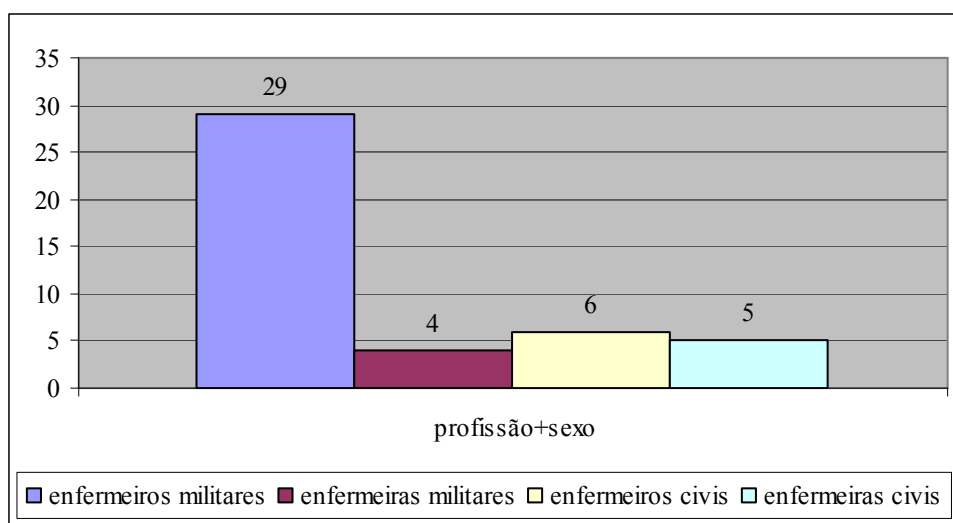


Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos por profissão e sexo

A idade dos enfermeiros inquiridos variou entre os 25 e os 49 anos, sendo a média de 36,6 anos, com um grau de dispersão de 6,68 medido pelo desvio-padrão, correspondendo a moda aos 41 anos de idade. A média de idades dos

enfermeiros militares e civis (do sexo masculino) apresenta pequena variação em relação à média do total dos inquiridos, em oposição à média das enfermeiras militares e civis (ver tabela IV, gráfico 4 e quadro 1).

Idade

Idade	Frequência	Porcentagem
>=25_<30	10	23%
>=30_<35	5	11%
>=35_<40	9	20%
>=40_<45	17	39%
>=45_<50	3	7%
Total	44	100%

Tabela IV – Distribuição dos inquiridos por idades

Idade

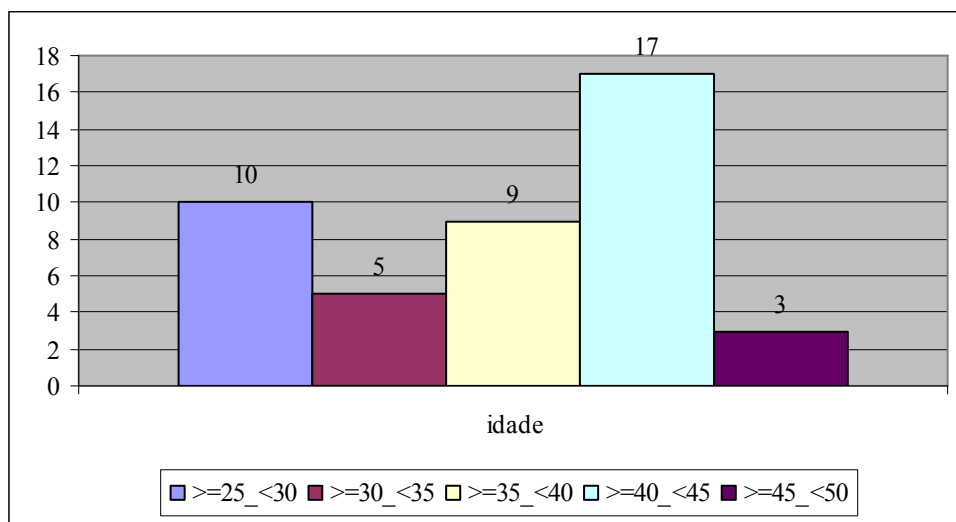


Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos por idades

Estatística descritiva da idade

	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-padrão
Enfermeiros	36,4	41	38	25	49	6,68
Enfermeiros militares	37,1	--	--	26	45	--
Enfermeiras militares	26,5	--	--	25	29	--
Enfermeiros civis	36,2	--	--	32	41	--
Enfermeiras civis	42,4	--	--	35	49	--

Quadro 5 – Estatística descritiva da idade dos inquiridos

2 – RESULTADOS OBTIDOS À SEGUNDA QUESTÃO

“Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”

A opção que reúne maior número de respostas (32%) é a “nada afectada”. No entanto, 27% dos enfermeiros referem como indiferente a afectação da ética pelo enquadramento militar, enquanto cuidadores. São principalmente os enfermeiros militares aqueles que entendem o seu exercício ético muito afectado e afectado, em contraposição às respostas dadas pelos enfermeiros civis.

Ética

Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?	Frequência		Percentagem	
	EM	EC	EM	EC
Muito afectada	4	0	12%	0%
Afectada	7	1	21%	9%
Indiferente	9	3	27%	27%
Pouco afectada	2	4	6%	37%
Nada afectada	11	3	34%	27%
Total	33	11	100%	100%

Tabela V – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Ética

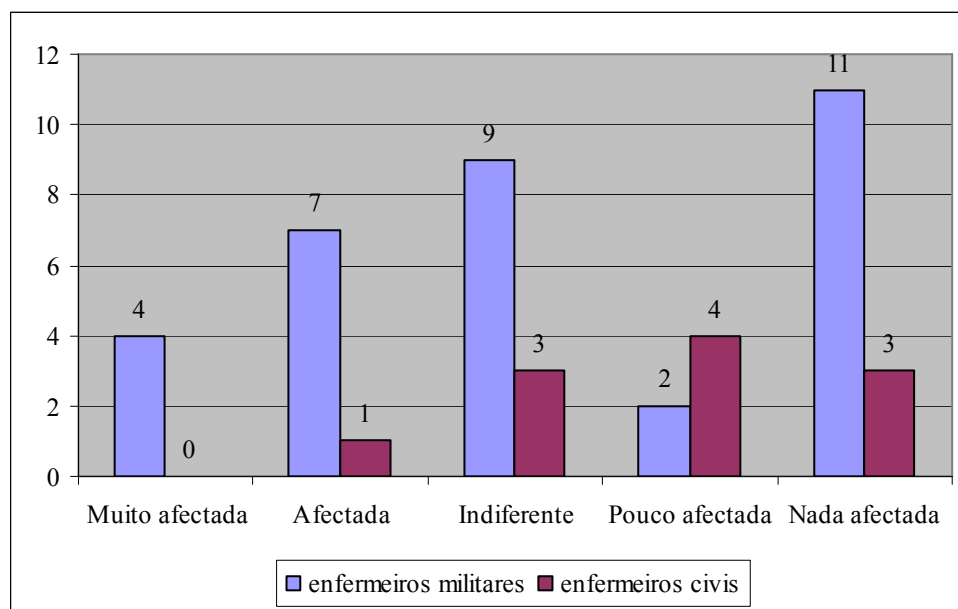


Gráfico 5 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que a ética de um prestador de cuidados de saúde fica afectada pelo seu enquadramento militar?”

3– RESULTADOS OBTIDOS À TERCEIRA QUESTÃO

“A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”

As respostas obtidas distribuem-se de modo desigual entre enfermeiros militares e civis. As opiniões dos enfermeiros militares dividem-se pelos pólos opostos, pois treze entendem enriquecedor o exercício num hospital militar, enquanto catorze discordam dessa realidade e cinco se encontram indecisos. Dos enfermeiros civis inquiridos sete respondem de forma discordante, e vêem o exercício da enfermagem num hospital militar pouco enriquecedor, estando apenas um indeciso (ver tabela VI e gráfico 6).

Prática da enfermagem				
A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?	<i>Frequência</i>		<i>Percentagem</i>	
	<i>EM</i>	<i>EC</i>	<i>EM</i>	<i>EC</i>
Concordo totalmente	2	1	6%	9%
Concordo	11	2	34%	18%
Indeciso	5	1	15%	9%
Discordo	7	5	21%	46%
Discordo totalmente	7	2	21%	18%
Não responde	1	0	3%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela VI – Distribuição das respostas à pergunta: “A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Prática da enfermagem

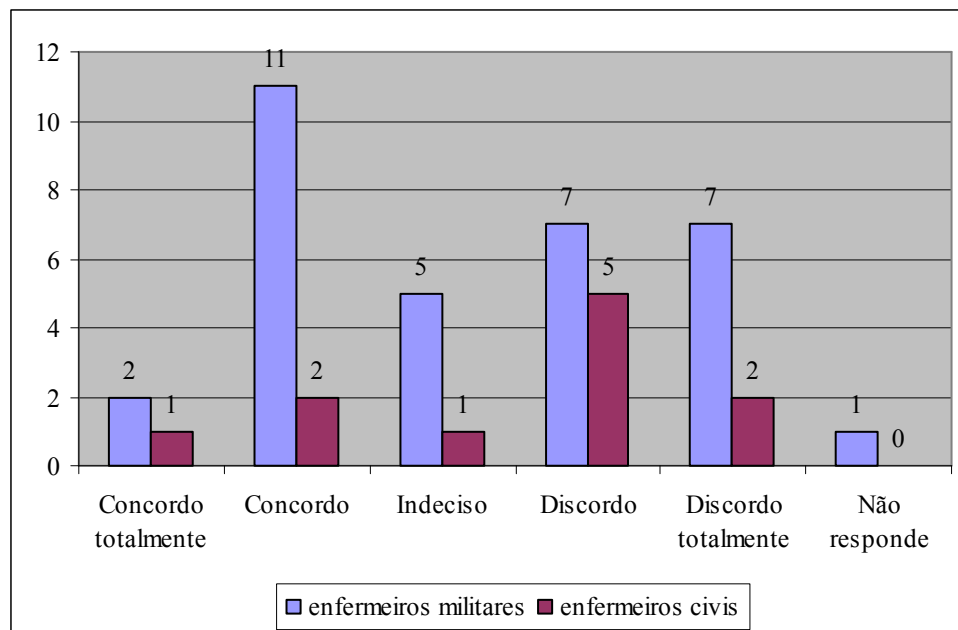


Gráfico 6 – Distribuição das respostas à pergunta: “A prática da enfermagem é enriquecida pela prestação de cuidados num hospital militar?”

4– RESULTADOS OBTIDOS À QUARTA QUESTÃO

“Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”

São principalmente os enfermeiros militares que sentem a sua autonomia profissional afectada. Os enfermeiros civis consideram que o facto de trabalhar num hospital militar é indiferente, no que concerne ao exercício autónomo das suas funções, como demonstrado na tabela VI e gráfico 6.

Autonomia profissional

Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?	Frequência		Percentagem	
	EM	EC	EM	EC
Extremamente afectada	2	0	6%	0%
Muito afectada	10	1	31%	9%
Indiferente	7	5	21%	46%
Pouco afectada	9	2	27%	18%
Nada afectada	4	3	12%	27%
Não responde	1	0	3%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela VII – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Autonomia profissional

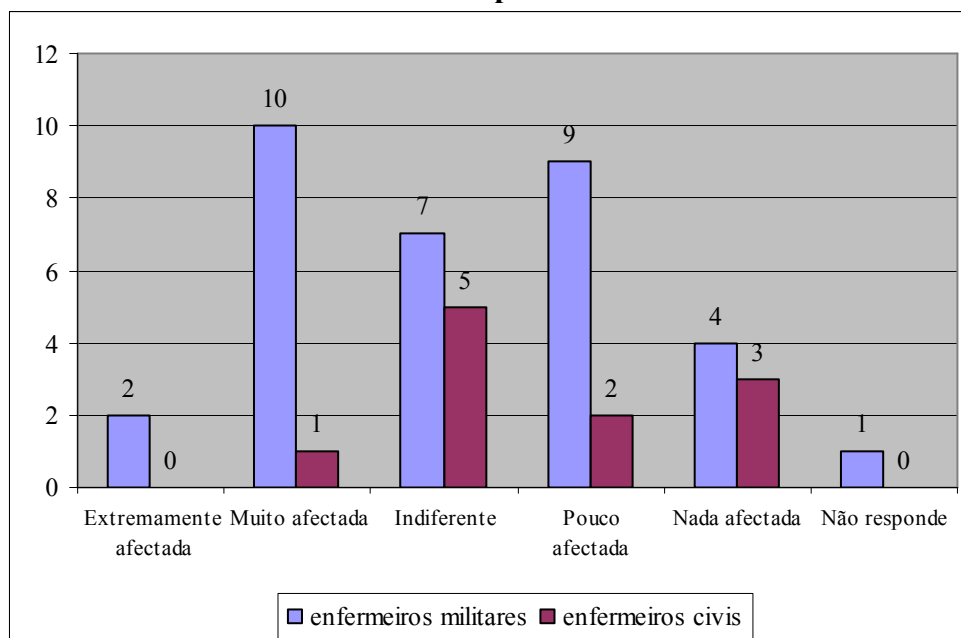


Gráfico 7 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que o facto de trabalhar num hospital militar afecta a autonomia profissional do enfermeiro?”

5- RESULTADOS OBTIDOS À QUINTA QUESTÃO

“A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”

Dos inquiridos, quarenta e três referem existir condicionamento, embora em diferentes graus, sendo apenas um enfermeiro civil a referir que não existe relação entre ambos. Destacam-se o número de respostas dadas pelos enfermeiros militares nas opções “extremamente condicionada” e “muito condicionada”, pois os enfermeiros civis acabam por quase homogeneamente distribuir as respostas pelas diferentes opções (ver tabela VIII e gráfico 8).

Carreira de enfermagem – Condição militar

A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?	Frequência		Percentagem	
	EM	EC	EM	EC
Extremamente condicionada	19	3	58%	28%
Muito condicionada	7	2	21%	18%
Condicionada	2	3	6%	27%
Pouco condicionada	4	2	12%	18%
Nada condicionada	0	1	0%	9%
Não responde	1	0	3%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela VIII – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

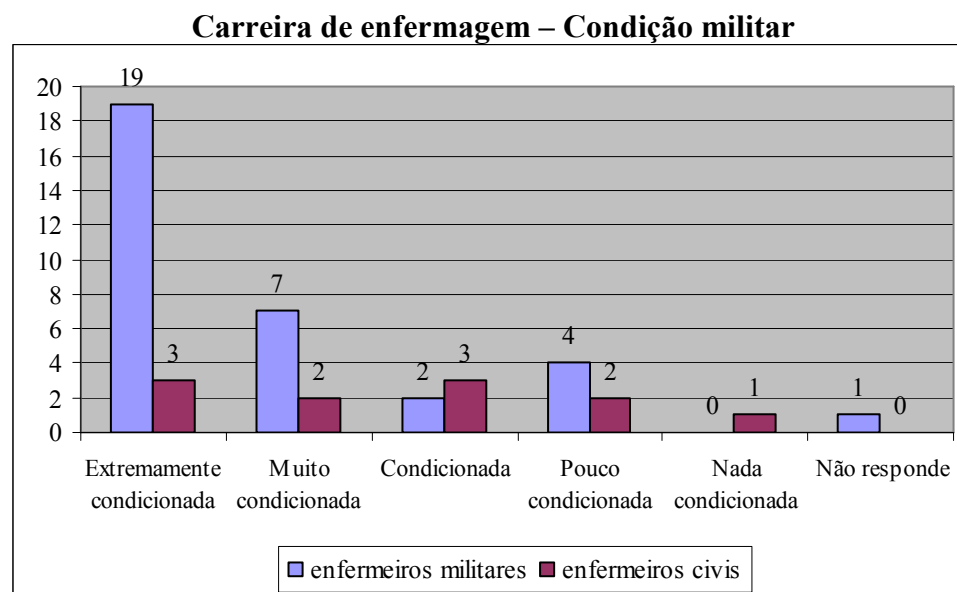


Gráfico 8 – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira de enfermagem será condicionada pela sua condição militar?”

6- RESULTADOS OBTIDOS À SEXTA QUESTÃO

“A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”

Apenas seis inquiridos (três enfermeiros militares e três enfermeiros civis) referem que o facto de ser enfermeiro não condiciona o desenvolvimento da carreira militar, entendendo os restantes que a condição de ser enfermeiro determina algum grau de condicionamento. Mais uma vez, são principalmente os enfermeiros militares que escolhem as opções “extremamente condicionada” e “muito condicionada”, com respectivamente 43% e 12% respostas, em contraposição aos 9% e 18% dos enfermeiros civis, como demonstrado na tabela IX e gráfico 9.

Carreira militar – Profissão de enfermeiro

A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?	Frequência		Porcentagem	
	EM	EC	EM	EC
Extremamente condicionada	14	1	43%	9%
Muito condicionada	4	2	12%	18%
Condicionada	5	5	15%	46%
Pouco condicionada	6	0	18%	0%
Nada condicionada	3	3	9%	27%
Não responde	1	0	3%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela IX – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Carreira militar – Profissão de enfermeiro

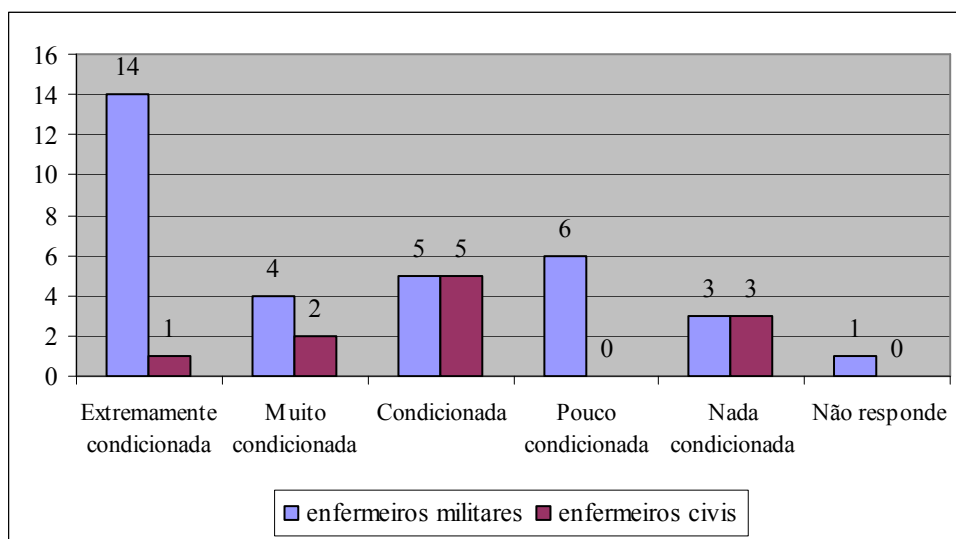


Gráfico 9 – Distribuição das respostas à pergunta: “A carreira militar será condicionada pela profissão de enfermeiro?”

7- RESULTADOS OBTIDOS À SÉTIMA QUESTÃO

“Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”

As respostas não são consensuais entre enfermeiros militares e enfermeiros civis. De realçar que todos os enfermeiros militares inquiridos consideram ter obrigações e um estatuto “extremamente diferentes” (42%) e “diferentes” (58%) dos enfermeiros civis, enquanto estes últimos julgam essa realidade de modo diferente. Dos enfermeiros civis inquiridos 18% entendem que as obrigações são idênticas para civis e militares, enquanto 9% entendem nem existir diferenças entre ambos. No entanto, 73% dos enfermeiros civis inquiridos consideram existir diferenças entre ambos, mas, enquanto 42% dos enfermeiros militares consideram que as obrigações e os estatutos são extremamente diferentes, apenas 27% dos enfermeiros civis expressam a mesma opinião (ver tabela X e gráfico 10).

Obrigações e Estatuto

Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?	Frequência		Percentagem	
	EM	EC	EM	EC
Extremamente diferentes	14	3	42%	27%
Diferentes	19	5	58%	46%
Indiferentes	0	1	0%	9%
Idênticos	0	2	0%	18%
Absolutamente idênticos	0	0	0%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela X – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Obrigações e Estatuto

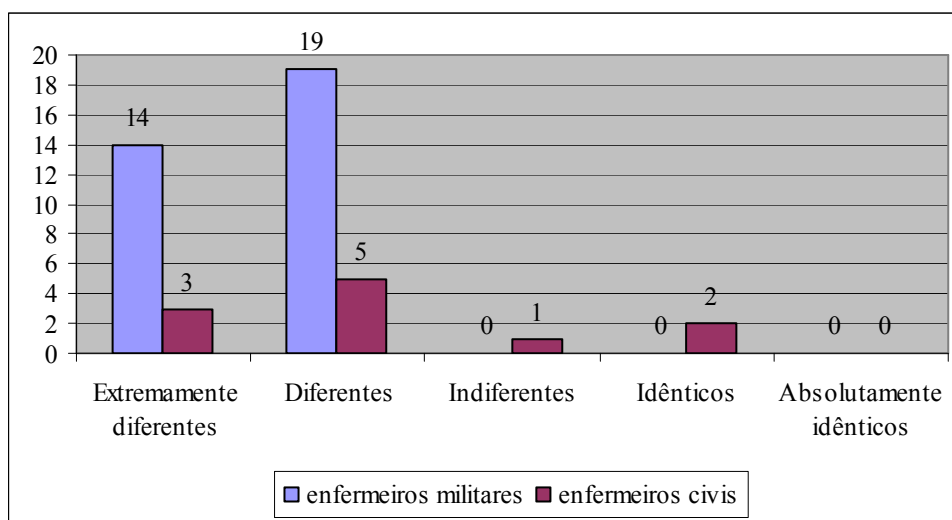


Gráfico 10 – Distribuição das respostas à pergunta: “Acha que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis?”

8- RESULTADOS OBTIDOS À OITAVA QUESTÃO

“E honram-se com isso?”

As respostas dos enfermeiros militares e civis apresentam algumas similaridades. De destacar, que 46% dos inquiridos de ambos os grupos consideram que os enfermeiros militares se sentem indiferentes perante a sua missão “especial”. Mas, as opiniões divergem entre militares e civis, pois os primeiros sentem-se honrados (30%) em percentagem superior à entendida pelos enfermeiros civis (18%). De distinguir, a pequena percentagem de respostas obtidas nas opções “muito honrados” e “nada honrados”, quer pelos enfermeiros militares, como pelos enfermeiros civis (ver tabela XI e gráfico 11).

Honra

E honram-se com isso?	Frequência		Porcentagem	
	EM	EC	EM	EC
Muito honrados	1	1	3%	9%
Honrados	10	2	30%	18%
Indiferentes	15	5	46%	46%
Pouco honrados	6	3	18%	27%
Nada honrados	1	0	3%	0%
Total	33	11	100%	100%

Tabela XI – Distribuição das respostas à pergunta: “E honram-se com isso?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Honra

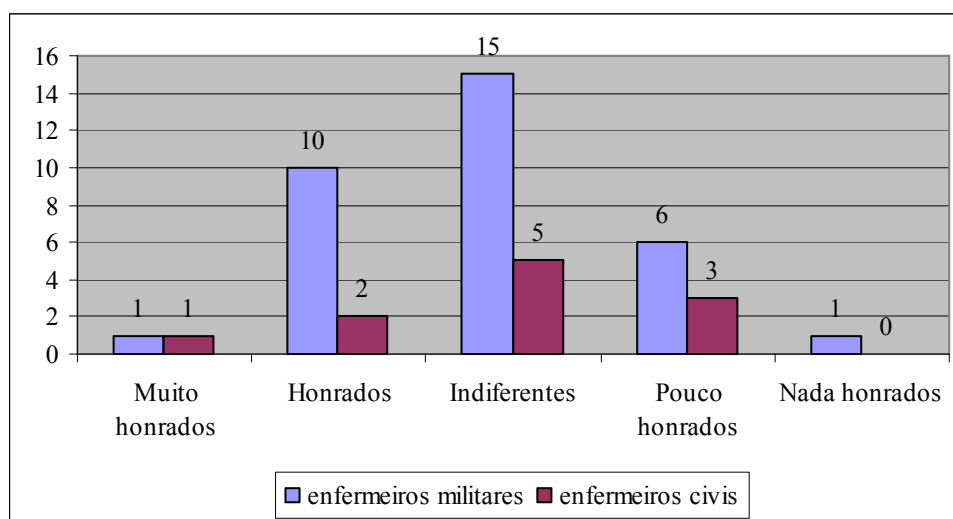


Gráfico 11 – Distribuição das respostas à pergunta: “E honram-se com isso?”

9- RESULTADOS OBTIDOS À NONA QUESTÃO

“Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”

As respostas divergem entre enfermeiros militares e civis. Apenas os próprios enfermeiros militares se sentem “muito bem” na sua pele (21%), assim como “muito mal” (6%), em contraposição às respostas dos enfermeiros civis (0%), para ambas as opções. Para 82% dos enfermeiros civis, os seus congêneres militares sentem-se “nem bem, nem mal” na sua pele, e apenas um entende que se sentem “mal”, em contraposição aos 40% obtidos pelos enfermeiros militares, como demonstrado na tabela XII e gráfico 12.

Auto-imagem

« Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?	Frequência		Percentagem	
	EM	EC	EM	EC
Muito bem	7	0	21%	0%
Bem	6	0	18%	0%
Nem bem, nem mal	13	9	40%	82%
Mal	5	1	15%	9%
Muito mal	2	0	6%	0%
Não responde	0	1	0%	9%
Total	33	11	100%	100%

Tabela XII – Distribuição das respostas à pergunta: “Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”

EM – Enfermeiros militares EC – Enfermeiros civis

Auto-imagem

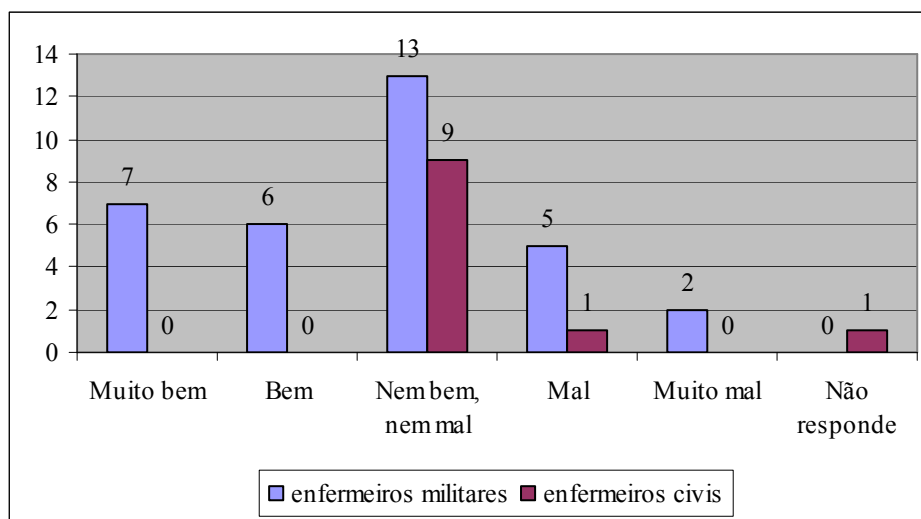


Gráfico 12 – Distribuição das respostas à pergunta: “Como se sentem os enfermeiros na “pele” de enfermeiros militares?”

10- RESULTADOS OBTIDOS À DÉCIMA QUESTÃO

“Acha que o enquadramento militar condiciona positivamente ou negativamente o exercício da enfermagem? Porquê?”

As respostas foram agrupadas em três categorias: condiciona positivamente, condiciona negativamente e não condiciona.

Para as respostas agrupadas na categoria “condiciona positivamente” foram criadas sete subcategorias:

- enriquecimento profissional;
- formação;
- recursos técnico-militares;
- papel social;

- dupla profissão;
- cultura militar;
- inespecífica.

As sub-categorias enriquecimento profissional e formação foram as que obtiveram maior número de respostas, com onze e doze unidades de enumeração respectivamente. Consideram os enfermeiros inquiridos que o enquadramento militar condiciona positivamente o exercício da enfermagem, pois permite através da formação em contexto militar a aquisição de competências, que permite o exercício da profissão em contextos “especiais”. A actuação em áreas específicas e o exercício da enfermagem em múltiplas situações, impossíveis num ambiente civil proporcionam o desenvolvimento em particular nas áreas de traumatologia e emergência, contribuindo para o enriquecimento profissional dos enfermeiros militares. Tal como enumerado na subcategoria “recursos técnico-militares”, a actuação dos enfermeiros militares é complementada por meios de salvamento exclusivos das Forças Armadas, inspirados também pela cultura militar, que promove e exige o respeito pelo próximo. Por isso, os enfermeiros militares ao possuírem uma dupla profissão, promovem um sentimento de confiança naqueles que cuidam e desfrutam dum estatuto diferente dos restantes profissionais de saúde, pois diferenciam-se positivamente por possuírem mais-valias para a sociedade, devendo-lhes ser reconhecido um papel social diferente (ver quadro 6).

Enquadramento militar – Condicionante positivo

Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	N.º dos questionários	Unidades de enumeração
Condiciona positivamente	Enriquecimento Profissional	Exercício de enfermagem em múltiplas situações impossíveis no enquadramento civil	Q5 Q9 Q24 Q37	1 1 1 1
		Desenvolvimento de práticas em áreas de trauma e emergência	Q10 Q17 Q33	1 1 1
		Actuação em áreas específicas (ex:missões)	Q22 Q29 Q30 Q43	1 1 1 1
	Sub-total	3	11	11
	Formação	Preparação para prestar serviço em contextos diferentes	Q6 Q12 Q31 Q32 Q35 Q36 Q38 Q43	2 1 1 1 1 1 1 1
			Q22 Q23 Q34	1 1 1
		Adquirir outros valores e competências a nível militar		
	Sub-total	2	11	12
	Recursos técnico-militares	Meios de salvamento únicos nas FA	Q36	1
		Recursos complementam os meios da sociedade civil	Q3	1
		Segurança territorial	Q18	1

	Sub-total	3	3	3
	Papel Social	Papel social e o que implica	Q20	1
		Estatuto diferente dos outros profissionais de saúde	Q28	1
		Profissional com mais valias para a sociedade	Q32	1
	Sub-total	3	3	3
	Dupla profissão	A união de 2 profissões transmite um sentimento de confiança	Q28	1
	Sub-total	1	1	1
	Cultura militar	Exige respeito pelo próximo	Q39	1
	Sub-total	1	1	1
	Inespecífica	Alguns aspectos	Q4 Q18	1
	Sub-total	1	1	1

Quadro 6 – Análise das respostas englobadas na categoria “condiciona positivamente”

Para justificação das respostas inseridas na categoria “condiciona negativamente” criaram-se seis subcategorias:

- desenvolvimento de carreiras,;
- hierarquia militar;
- remuneração;
- desmotivação profissional;
- desrespeito pelos valores do exercício da enfermagem;
- militarização da enfermagem civil;
- desconhecimento da actividade dos enfermeiros militares.

As subcategorias “ desenvolvimento de carreiras” e “hierarquia militar” englobam o maior número de unidades de registo, destacando-se das restantes e por isso, são apontadas pelos inquiridos como as principais razões encontradas para que o enquadramento militar condicione negativamente o exercício da enfermagem.

Entendem os inquiridos que nas Forças Armadas não são reconhecidas aos enfermeiros as suas competências técnico-científicas, impedindo-os das colocarem em prática por não lhes serem atribuídos lugares de decisão na estrutura militar, visto serem integrados na carreira de sargentos, onde podem permanecer durante vários anos sem serem promovidos, independentemente da formação adquirida durante esse período.

A hierarquia militar exige a subordinação aos superiores hierárquicos, em algumas situações desenquadrados da profissão de enfermagem, conduzindo por vezes a situações de litígio, resolvidas pelos “galões” e nem sempre pela razão. A desmotivação profissional é sentida e são apontadas duas razões: colocação dos enfermeiros em áreas de trabalho para as quais não possuem afinidade e o descontentamento gerado com a criação da classe dos técnicos de saúde, que deram origem à existência de duas categorias de enfermeiros na instituição militar. Acrescem a estas situações o facto da actividade dos enfermeiros militares ser quase desconhecida, até pelos seus pares. Relativamente ao exercício da enfermagem civil é enumerado a “militarização dos enfermeiros civis”, que se traduz pelo atropelo a alguns direitos enquanto trabalhadores (ver quadro 7).

Enquadramento militar – Condicionante negativo

Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	N.º dos questionários	Unidades de enumeração
Condiciona negativamente	Desenvolvimento de Carreiras	“não pode desenvolver-se na sua plenitude porque está enquadrada na carreira de sargentos”	Q1 Q7 Q27	1 2 1
		“não são reconhecidas as competências técnico-científicas dos enfermeiros”	Q7 Q44	2 1
		“não podemos pôr em prática o que aprendemos...não temos lugares de decisão”	Q13	2
		“estar cerca de 20 anos no mesmo posto sem ser promovido, independentemente das habilitações”	Q17 Q24 Q32	1 1 1
	Sub-total	4	8	11
	Hierarquia Militar	“situações de litígio...recurso aos galões”	Q39	1
		“subordinação de patentes”	Q32	1
		“direccionar exclusivamente para a saúde militar”	Q6	2
		“subjugados a outros poderes muitas vezes alheios à profissão”	Q31 Q13 Q24 Q29 Q33 Q39	1 1 1 1 2 1
	Sub-total	4	9	12
	Remuneração	“são remunerados consoante o posto e não as funções”	Q9	1
	Sub-total	1	1	1
	Desmotivação	“colocados em áreas sem ser de	Q9	1

	Profissional	preferência”		
		“2 categorias de enfermeiros”	Q33	1
	Sub-total	2	2	2
	Desrespeito pelos valores do exercício da enfermagem	“os militares não ligam muito à condição humana”	Q26	1
	Sub-total	1	1	1
	Militarização da enfermagem civil	“atropelo aos direitos dos trabalhadores”	Q39	1
	Sub-total	1	1	1
	Desconhecimento da actividade dos enfermeiros militares	“a actividade quando divulgada poderia trazer aportes positivos à enfermagem em geral”	Q30	1
	Sub-total	1	1	1

Quadro 7 – Análise das respostas englobadas na categoria “condiciona negativamente”

Apenas dois inquiridos referem que o enquadramento militar não condiciona o exercício da enfermagem, pois referem que a prestação de cuidados é idêntica, quer em ambiente civil, quer em ambiente militar (ver quadro 8).

Enquadramento militar – Sem condicionante

Categoria	Sub-categorias	Unidades de registo	N.º dos questionários	Unidades de enumeração
Não condicional	Inespecífica		Q16	1
	Sub-total		1	1
	Contexto trabalho	“prestação de cuidados é idêntica nos diferentes ambientes: civil e militar”	Q40	1
	Sub-total	1	1	1

Quadro 8 – Análise das respostas englobadas na categoria “não condicional”

CAPITULO IX – COMENTÁRIOS

A incorporação das mulheres nas Forças Armadas ocorreu tardiamente no país, pois apenas em inícios da década de noventa foi possível aceder a um universo exclusivamente masculino. Será portanto este facto que justifica a composição da amostra estudada, maioritariamente composta por enfermeiros do sexo masculino.

Embora tenha aplicado o questionário exclusivamente a enfermeiros, pretendia entender como se intitulam os enfermeiros das Forças Armadas: enfermeiros militares ou militares enfermeiros ou simplesmente militares. Pretendia obter respostas para um “conflito” comum pois, como refere PEREIRA (2003, p. 36), os enfermeiros devem certamente ter convivido durante algum tempo com um dilema na sua identificação profissional: sou um militar enfermeiro ou um enfermeiro militar? O próprio refere ter vivido esse dilema, mas acabou por concluir que *“sou, inequivocamente, um enfermeiro militar ... e com muito orgulho”* (2003, p. 36). Os resultados obtidos vão de encontro à afirmação anterior, pois dos trinta e três inquiridos, que são militares e enfermeiros em simultâneo, vinte e nove escolheram a opção enfermeiros militares.

Mas, as instituições militares possuem nos seus quadros de pessoal enfermeiros civis (embora em reduzido número), para colmatar a carência actualmente existente de enfermeiros militares. Parece urgente a necessidade de transformar o modelo de recrutamento e formação dos enfermeiros com carreira

militar, dada a sua importância no sistema de saúde castrense. Apenas os enfermeiros com carreira militar podem possuir as competências necessárias para exercer a actividade nos diferentes contextos em que se desenvolve as missões das Forças Armadas.

Pelas circunstâncias que envolvem o enquadramento militar compreende-se que sejam principalmente os enfermeiros militares a entenderem comprometido o seu desempenho ético, enquanto prestadores de cuidados num hospital militar. Os enfermeiros civis, embora exercendo a sua actividade numa instituição militar e prestando cuidados de enfermagem a uma população maioritariamente militar, não “carregam o peso” da hierarquia militar, motivo pelo qual não se sentem condicionados no seu desempenho ético. Mas, mesmo para os enfermeiros civis existem alguns constrangimentos inerentes ao exercício da enfermagem na instituição militar, que não serão certamente uma realidade num contexto hospitalar do serviço nacional de saúde, dada a especificidade da população que cuidam e das regras e normas da “família militar”.

Dos enfermeiros militares inquiridos, 40% referem que o seu exercício é enriquecido pelo facto de trabalhar num hospital militar. Penso que este grupo de enfermeiro ao responder não se restringiram apenas ao universo dos hospitais militares, mas também às unidades de saúde das unidades militares, distribuídas por Portugal e que incorporam actividades que num ambiente civil não seriam possíveis de realizar profissionalmente. Isto justifica a diferença entre as respostas dadas por enfermeiros militares e civis, que desconhecem a realidade da enfermagem extrínseca aos cuidados hospitalares. Os hospitais militares, com o seu funcionamento actual não permitem realizar as mesmas experiências profissionais dos estabelecimentos hospitalares do serviço nacional de saúde.

Para MARQUES (2006, p. 2) a existência dos hospitais militares fundamenta-se em três propósitos:

- a realização de tarefas específicas dos serviços de saúde militares;
- prestar apoio hospitalar à família militar;
- facilitar o treino e enquadramento militar ao pessoal militar da saúde de modo contínuo.

Se os dois primeiros propósitos são uma realidade, os dados obtidos vão em descontro à última afirmação, pois os hospitais militares dotados de pequena capacidade e de recursos reduzidos em termos materiais e humanos, não têm a capacidade de proporcionar o treino necessário ao pessoal da saúde.

Ao contrário dos enfermeiros civis, os enfermeiros militares sentem afectado o seu desempenho profissional autónomo e legislado pela Ordem dos Enfermeiros. Esta “afecção” possivelmente prende-se com a hierarquia militar, e com o facto de nem sempre os superiores hierárquicos corresponderem ao mesmo ramo de exercício, mas nem por isso, deixam de poder exercer a autoridade, mesmo sem conhecimento da área, das rotinas e dos procedimentos. Relativamente aos enfermeiros civis, seria de esperar de sentissem algumas limitações à prática autónoma das suas funções, embora não sendo necessariamente afectados pela hierarquia militar, algumas realidades são também trazidas para a sua prática em diversas situações. Mas, a realidade justifica claramente as respostas obtidas, de ambas as partes. Na situação da enfermagem militar o superior hierárquico, nem sempre corresponde à figura do enfermeiro, pois, por norma, o farmacêutico, o médico, a assistente social, ambos pertencem à classe de oficiais, enquanto que os enfermeiros militares pertencem à classe de sargentos, à qual corresponde uma diminuição da autonomia, da complexidade funcional e da responsabilidade. Isto contradiz o legislado pois no

exercício profissional *“os enfermeiros têm uma função de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p. 6).

O percurso possível para o desenvolvimento profissional dum enfermeiro encontra diferentes caminhos, para um “civil” ou um “militar”. A actual carreira de enfermagem da função pública, legislada pelo Dec.-Lei n.º 437/91 desenvolve-se por categorias agrupadas em níveis, a que correspondem funções diferenciadas e formação adequada, podendo os enfermeiros integrados em determinado nível numa categoria, concorrer às categorias abarcadas pelo nível seguinte, desde que possuam a formação necessária. Na situação dos enfermeiros militares, a formação no âmbito das ciências de enfermagem não lhes permite a ascensão profissional, pois enquanto que os enfermeiros civis podem ascender a enfermeiro-chefe ou enfermeiro-especialista, estas categorias profissionais não estão contempladas na carreira militar, pelo que o título profissional não lhe será reconhecido num ambiente militar, embora possa certamente exercer esse novo campo de conhecimentos. Perante esta realidade do exercício profissional dos enfermeiros militares, as respostas obtidas combinam-se com a existência diária. Como refere VIEGAS (2003, p. 45) *“a ascensão na carreira faz-se pela antiguidade e avaliação de pressupostos militares comuns a toda a classe de sargentos independentemente da sua especialidade, da mesma forma pouca importância tem nesta ascensão a valorização profissional”*.

Relativamente ao facto da carreira militar ser condicionada pela carreira de enfermagem as respostas não correspondem ao esperado, pois parecem em desacordo com a actualidade, e com uma realidade vivida há alguns anos pelos

enfermeiros militares, que ao longo deste tempo a têm contestado. Pressupõe-se que o militar tenha o direito ao desenvolvimento na carreira, através da progressão de posto ou mesmo mudança de categoria. Há alguns anos que os enfermeiros militares convivem com a estranha realidade de serem os únicos licenciados nas Forças Armadas, que possuindo as exigências necessárias para pertencer à categoria de oficiais permanecem na categoria de sargentos. Isto significa que em termos de progressão profissional atingem o topo de carreira um ano após a conclusão do curso de enfermagem. Com a “invenção” dos cursos de técnicos de saúde a situação pouco se alterou, pois como refere VIEGAS (2003, p. 45) a sua criação “(...) não veio dar uma efectiva resposta às expectativas dos enfermeiros (...), pois os critérios de selecção prendem-se muito pouco com a valorização do profissional em causa, paralelismo de carreira com a “carreira” de enfermagem civil e inclusive com a carreira de outros profissionais de saúde (...) das Forças Armadas (...)”. Com esta alteração o que se verifica nas instituições da saúde militares é a existência de duas categorias de enfermeiros militares, com a mesma licenciatura em enfermagem, com o mesmo tempo de exercício profissional e restringindo este pequeno universo a um reduzido número de “felizes” contemplados, mas que com a sua promoção alguns se viram afastados da prestação de cuidados directos aos doentes.

Quase unanimemente, os inquiridos aceitam que os enfermeiros militares têm obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis, pois além das obrigações definidas pelo código deontológico dos enfermeiros, são recursos humanos permanentemente disponíveis para cumprir a missão das Forças Armadas. Por isso, a sua mobilidade é maior, pois são “chamados” a intervir em contextos diversos, tais como: transporte aeromédico, acompanhamento de exercícios militares, unidades de saúde das unidades militares (na falta de

peçoal). Enquanto os enfermeiros civis estão adstritos a um hospital, embora a sua permanência no serviço onde exercem funções esteja condicionada pelas necessidades da instituição, os enfermeiros militares estão condicionados pelas necessidades da instituição militar a que pertencem, que abrange Portugal Continental e Ilhas, assim como as missões internacionais em que Portugal participa, e para as quais são mobilizados sempre que a sua presença seja necessária.

Se alguns dos inquiridos entendem que é uma honra ser enfermeiro militar, outros acham que é indiferente. Esta assimetria de respostas pode ser justificada por duas razões: por um lado, os enfermeiros militares sentem-se honrados pois exercem um papel especial enquanto enfermeiros; mas por outro lado, não vêm reconhecido esse exercício pela instituição militar, pois são tratados desfavoravelmente em relação a outros profissionais de saúde, também militares. Enquanto no ambiente civil as diferenças entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, em particular os médicos se foram minimizando, verificando-se um crescimento da autonomia dos enfermeiros e melhoria das condições de trabalho, no ambiente militar estas desigualdades continuam muito presentes. Além que de, o reconhecimento social verificado relativamente aos cuidados de enfermagem, ainda não se estendeu à pequena família militar, onde o médico é visto ainda como o protagonista da prestação de cuidados de saúde.

Perante o cenário actual, parece compreensível que os enfermeiros não se sintam nem bem, nem mal na “pele” de enfermeiros militares e que reine um sentimento de alguma indiferença perante a sua condição especial. A questão que se coloca é seguinte: tendo os enfermeiros militares os requisitos necessários para ingressar na categoria de oficiais, e constituindo a universalidade, a igualdade de

oportunidades, a mobilidade e a credibilidade princípios orientadores do desenvolvimento da carreira militar, porque apenas continua ser possível aceder a esta categoria um restritíssimo número de enfermeiros, quando na verdade deveriam ser totalmente abrangidos? Realmente, o artigo 129.º do EMFAR menciona que a categoria de oficiais destina-se “(...) *ao exercício de funções de comando, direcção ou chefia, estado-maior e execução que requeiram elevado grau de conhecimentos de natureza científico-técnica e de qualificação*”. Este argumento leva a concluir que o exercício da enfermagem não requer elevado grau de conhecimentos de natureza científico-técnica, nem de qualificação.

CAPÍTULO X – CONCLUSÕES FINAIS

Em 1974, com o fim da guerra em África, iniciou-se um processo de reestruturação das Forças Armadas, onde se incluiu os Serviços de Saúde. Assim, ao longo dos últimos trinta anos foram elaborados estudos sobre os modelos organizativos do Sistema de Saúde Militar, cujo objectivo consistia na melhoria da funcionalidade do sistema, a relação custo/eficácia e o desempenho operacional, procurando em simultâneo encontrar soluções para a insatisfação profissional sentida por alguns militares dos quadros especiais da Saúde.

Os hospitais militares, como qualquer outra instituição de saúde cumpre uma função social: a prestação de cuidados de saúde, passível de ser alcançada só com o esforço colectivo, com o trabalho interdisciplinar e inter profissional e com a ética. É num mundo que a cada segundo se modifica e exige novos saberes, criatividade, inovação, capacidade e autonomia que os enfermeiros portugueses cuidam diariamente aqueles que precisam dos seus cuidados. A enfermagem em pouco mais de um século passou de uma formação incipiente para uma profissão reconhecida socialmente, com um suporte científico e técnico, e cuidados fundamentados em teorias de enfermagem. A acção dos enfermeiros é dirigida à pessoa e não a um corpo doente e o desempenho ético exige o respeito pela sua singularidade, com os seus hábitos, com as suas necessidades, com a sua doença.

Os enfermeiros constituem um grupo profissional numericamente superior a qualquer outro nos cuidados de saúde. Mas, a sua afirmação enquanto grupo profissional não se pretende dependente do número de enfermeiros existentes,

mas do sentido de identidade e confiança que estes criaram e têm feito desenvolver. No passado, subordinados à profissão médica os enfermeiros souberam criar um campo de competências próprio, baseando-se em 150 anos de experiência adquirida em tempo de guerra e de paz, assim como no desenvolvimento verificado na investigação em enfermagem.

E porque a enfermagem moderna nasceu em tempo de guerra, pela mão de Florence Nightingale, no século XIX, surgiu a necessidade de realizar este trabalho, dedicado à enfermagem militar ou aos enfermeiros militares, muitas vezes esquecidos pelos legisladores e pelos próprios colegas. A formação dos enfermeiros, que também são militares é igual à dos restantes enfermeiros portugueses, diferenciando-os o contexto e as condições em que têm de exercer a sua actividade, consoante o local e as missões que integram. Estes pertencem à classe de sargentos, sendo a progressão na carreira definida pelo EMFAR, estando por isso relacionada apenas com aspectos militares e não com aspectos de natureza profissional. Ao exercício da enfermagem em contexto militar colocam-se problemas éticos e de desempenho, que interferem na satisfação e autonomia profissional, demonstrando a existência duma desigualdade de tratamento em termos de estatuto militar e profissional.

O universo da enfermagem militar é maioritariamente masculino, em oposição ao ambiente “civil”, pois apenas em inícios da década de noventa foi possível às mulheres ingressar nas Forças Armadas. Falo em enfermeiros militares e não militares enfermeiros, pois são os próprios que assim se classificam, na sua maioria. Possuem obrigações e um estatuto diferente dos enfermeiros civis, pois além dos deveres impostos pelo código deontológico dos enfermeiros, têm o dever de estar sempre disponíveis para cumprir a missão das

Forças Armadas, mesmo que tal exija o sacrifício dos seus interesses pessoais e da própria vida.

São também eles, que enquanto cuidadores sentem o seu exercício ético afectado pelo seu enquadramento militar, embora reconheçam que a sua actividade é enriquecida enquanto enfermeiros, pois a instituição militar permite-lhes o exercício de funções em ambientes que não seriam possíveis em contexto “civil”. No entanto, consideram que a sua autonomia profissional é afectada quando trabalham num hospital militar, pelo facto de serem militares, enquanto os enfermeiros civis consideram essa condição como indiferente. Mas, quer os enfermeiros militares, quer os enfermeiros civis julgam que a própria condição de ser enfermeiro determina em algum grau o desenvolvimento da carreira militar, pois embora possuam os requisitos necessários para pertencer à categoria de oficiais permanecem na categoria de sargentos. Talvez por isso, os enfermeiros militares sintam com indiferença o cumprimento da sua missão, que entendendo como especial, e não se sintam “nem bem, nem mal” na sua própria pele.

Concluem os enfermeiros que o enquadramento militar condiciona quer positivamente, quer negativamente o exercício da enfermagem. Positivamente, pois permite o enriquecimento profissional dos enfermeiros militares através da formação específica em determinadas áreas como o aero-transporte, emergência e trauma, assim como a participação em exercícios militares e em missões de paz ou humanitárias, onde dispõem de recursos técnico-militares que suportam a sua actividade. Contudo, a hierarquia militar e a frágil possibilidade de desenvolverem a sua carreira são apontadas como condicionantes negativas do enquadramento militar, além de que nem sempre a instituição militar reconhece

as competências técnico-científicas dos enfermeiros, afastando-os dos lugares de decisão, não lhes permitindo serem protagonistas no “teatro dos cuidados”.

Mas, porque cuidamos dos outros, não devemos esquecer que é igualmente importante cuidarmos de nós próprios, e para isso, é necessário que se procurem soluções para os problemas da enfermagem, pois só assim cresceremos e constituiremos um grupo profissional com influência e peso no contexto das políticas de saúde e da sociedade portuguesa. E sabendo

“(...) hoje que os factos da experiência passada não precisam de se tornarem conscientes para nos influenciarem- e porque a experiência não é o simples passar do tempo, o percurso, sendo reflectido, produz conhecimento. Com experiências passadas também se aprende a melhorar o processo de vivências futuras- e este conhecimento confere mais habilidade, de construção progressiva, para saber gerir uma situação profissional complexa” (NUNES, 2003, p. 352).

CAPÍTULO XI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARQUIVO HISTÓRIA MILITAR. Regulamento para os Hospitais Militares, Secção segunda, Título Oitavo. 1805.
- ARQUIVO HISTÓRIA MILITAR. Ordem do Exército, 1ª série, n.º 19.
- BASES GERAIS DO ESTATUTO DA CONDIÇÃO MILITAR. Lei n.º 11/89 de 1 de Junho.
- CARREIRA DE ENFERMAGEM. Texto do DL n.º 437/91 alterado pelo DL n.º 412/98 e pelo DL n.º 411/99.
- COLLIÉRE, Marie-Françoise – Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p. ISBN: 972-757-109-3.
- ESTATUTO DOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS.
- FIGUEIRA, Fátima- Valores universais na prática de Enfermagem: competência e aperfeiçoamento. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN: 1646-2629. 15 (Dezembro 2004) 20-23.

- GODINHO, Manuel da Costa – A enfermagem nas Forças Armadas Portuguesas. Lisboa: [s.n.], 2000. 101 f. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Faculdade de Ciências Humanas.

- GODINHO, Manuel da Costa – Evolução da Enfermagem nas Forças Armadas Portuguesas. Revista Portuguesa de Saúde Militar. Lisboa. ISSN: 0874-7261. 1:III (Fevereiro 2002) 28-33.

- GOMES, Júlio – A Enfermagem na Armada de Guerra Portuguesa. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 177 (Maio 2003) 46-48.

- GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. Isabel- Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal. 2000. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 62.html>.

- GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. Isabel- Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte. 2004. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 64.html>.

- GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. Isabel – Proto-história da Enfermagem em Portugal. II Parte. 2004. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 65.html>.

- GRAÇA, L. – Hospitais e Outros Estabelecimentos Assistenciais até ao final do século XV. 2000. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos 71.html>.

- GRAÇA, L. – Proto-história da Administração Hospitalar. 2000. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos106.html>.
- GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. Isabel – Irmãos e Irmãs da Caridade: os Primórdios da Enfermagem na Europa. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos67.html>.
- GRAÇA, L. – O Hospital como expressão institucional da Caridade Cristã. 2000. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos144.html>.
- GRAÇA, L. – O Hospital Real de Todos os Santos. Parte I. 2000. Documento disponível na Internet em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos59.html>.
- GUSMÃO, Luís [et al.] – Serviço de Saúde Militar: apontamentos históricos. Revista Portuguesa de Saúde Militar. Lisboa. ISSN: 0874-7261. 1:III (Fevereiro 2002) 3-21.
- LEI CONSTITUCIONAL n.º 1/2004. D.R. I Série. 173 (04-07-24) 4642-4694.
- LEI DE DEFESA NACIONAL E DAS FORÇAS ARMADAS. Lei n.º 29/82 de 11 de Setembro.
- LEI ORGÂNICA DE BASES DA ORGANIZAÇÃO DAS FORÇAS ARMADAS n.º 111/1991. D.R. I Série. 198 (91-08-29) 4491-4494.
- MARQUES, José- Organização dos Serviços de Saúde Militares: uma visão actual. www.revistamilitar.pt. 2006-09-21. 14h.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE – O Hospital Português. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998. 180 p. ISBN: 972-9425-60-4.
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DA MARINHA E DO ULTRAMAR-
Regulamento geral para o serviço de saúde naval. Lisboa: Imprensa Nacional, 1860.
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DA MARINHA E DO ULTRAMAR-
Regulamento geral para o serviço de saúde naval. Lisboa: Imprensa Nacional, 1871.
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DA MARINHA E DO ULTRAMAR-
Regulamento geral para o serviço de saúde naval. Lisboa: Imprensa Nacional, 1886.
- MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS DA MARINHA E DO ULTRAMAR-
Regulamento geral para o serviço de saúde naval. Lisboa: Imprensa Nacional, 1896.
- NUNES, Lucília – Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998). Lisboa: Lusociência, 2003. 375 p. ISBN: 972-8383-30-4.
- NUNES, Lucília- Ética de Enfermagem: percursos e desafios.Revista da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISSN: 1646-2629. 15 (Dezembro 2004) 4-6.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1998. 64 p.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004. 24 p.
- PEREIRA, Manuel António Esteves – Enfermeiro Militar, que formação. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 179 (Julho/Agosto 2003) 36-37.

- REBELO, Jorge – Enfermagem: desenvolvimento profissional e formação-perspectiva histórica. Enfermagem em foco. Lisboa. ISSN: 0871-8008. 48:XI (Julho/Setembro 2002) 5-30.

- REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS. DL n.º 161/96 de 4 de Setembro.

- REIS, Carlos Vieira – Do Collegio da Estrella ao Hospital Militar Principal. 1.^a ed. Lisboa: Edição do Exército Português, 2002. 73 p. ISBN: 972-95855-1-2.

- RIO, Maria Medina (Org.) – Por bem: ensaio de estudo sobre a evolução da enfermagem. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1999.

- SANTOS, Maria José Felícia dos – Panorâmica da evolução histórica da enfermagem em Portugal. Lisboa: [s.n.], 1994. 127 f. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa

- THOMPSON, Ian E; MELIA, Kath M; BOYD, Kenneth M – Ética em Enfermagem. 4^a ed. Lisboa: Lusociência, 2004. 445 p. ISBN: 972-8383-67-3.

- VIEGAS, José – Enfermagem no Exército Português. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. 177 (Maio 2003) 43-45.

